Expertise
Präventionsregelungen

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

erstattet von

Prof. Dr. Otfried Seewald

Ordinarius an der Universität Passau

unter Mitarbeit von

Dr. Konrad Leube

Lehrbeauftragter an der Universität Passau

Endbericht

April 2002

Inhaltsübersicht

A. Rechtstheoretische Vorbemerkungen 19

I. Einführung. Rechtstheoretische Vorbemerkungen 19

II. Zwischenergebnisse 30

III. Prävention als Organisationsproblem 33

IV. Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention 39

V. Normstrukturen im Präventionsrechts. Kausal- und/oder finalstrukturierte Rechtsvorschriften 49

VI. Normen mit subjektiv-rechtlichem und/oder objektiv-rechtlichem Gehalt 51

B. Regelungen mit gesundheitsbezogenem präventivem Gehalt im geltenden Recht ... 53

I. Vorbemerkungen. Überblick 53

II. Regelungen mit präventivem Gehalt im Sozialrecht 57

III. Regelungen mit präventiv-gesundheitsschützendem Gehalt in anderen verwaltungsrechtlichen Regelungen 260

C. Handlungsfelder für Präventionsregelungen 300

I. Vorbemerkungen 300

II. Begriffliche und definitorische Klarstellungen 301

III. Mitwirkung bei Maßnahmen der Prävention 305

IV. Inhaltliche Ausgestaltung von Maßnahmen mit präventivem Gehalt 307

V. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement 308

VI. Forschung 316

VII. Berichte. Bilanzen. Veröffentlichungen 325

VIII. Gütezeichen 329

IX. Gesundheitsbeauftragte 332

X. Zuständigkeiten. Abgrenzungsfragen 335

XI. Zusammenarbeit 337

XII. Lokalisierung von Präventionsregelungen. Gesetzessystematik 343

XIII. Weiterentwicklung der Präventionsregelungen 350

Gliederung

A. Rechtstheoretische Vorbemerkungen 19

I. Einführung. Rechtstheoretische Vorbemerkungen 19

1. Notwendige Regelungsbestandteile von Rechtsnormen 19
2. Rechtsnormen als steuernde Reaktion auf tatsächlich Vorgänge 20
3. Typische Merkmale der Steuerung durch Verwaltungsrecht 21
4. Prävention durch strafrechtliche Normen zum Schutz der Gesundheit 21
5. Prävention – von der Rechtsfolgeseite betrachtet 22
6. Geeignete Rechtsfolgeanordnungen im Bereich gesundheitliche Prävention 23
   - 6.1 Das Ziel von Prävention und Verhaltensprävention 24
   - 6.2 Verhältnisprävention 26
   - 6.3 Prävention „im gestuften Verfahren“ 28
   - 6.4 Verhältnisprävention als multifaktorielle Zielsetzung 29

II. Zwischenergebnisse 30

III. Prävention als Organisationsproblem 33

1. Idealistischer oder pragmatischer Ansatz 33
2. Entwicklung der Prävention im Sozialversicherungsrecht 35
3. Organisatorisch bedingte Unterschiede im Leistungsbereich 36
4. Multifaktorieller Ansatz 37
5. Schlussfolgerungen. Vorschlag 38

IV. Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention 39

1. Primär-Prävention 40
   - 1.1 Begriffliches 40
   - 1.2 Das Problem des Wirksamkeitsnachweises 41
   - 1.3 Prävention und Wirtschaftlichkeit 42
   - 1.4 Definition des Gesetzgebers 42
   - 1.5 Objektive und subjektive Rechtsbindung. Kritik 44
2. Sekundär-Prävention. Leistungen mit sekundär-präventiven Gehalten 45
3. Tertiär-Prävention 46
   - 3.1 Begriff. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit 46
   - 3.2 Verhältnis zur Rehabilitation nach dem SGB 47

V. Normstrukturen im Präventionsrechts. Kausal- und/oder finalstrukturierte Rechtsvorschriften 49
1. Kausalstrukturierte Normen 49
2. Final-strukturierte Normen 50
VI. Normen mit subjektiv-rechtlichem und/oder objektiv-rechtlichem Gehalt 51
B. Regelungen mit gesundheitsbezogenem präventivem Gehalt im geltenden Recht ... 53
I. Vorbemerkungen. Überblick 53
1. Verfassungsrecht 53
2. Europäisches Gemeinschaftsrecht 54
3. Strafrecht 54
4. Bürgerliches Recht 54
5. Verwaltungsrecht 55
6. Untergesetzliches Recht 56
II. Regelungen mit präventivem Gehalt im Sozialrecht 57
1. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) 57
1.1 § 1 SGB I – Aufgaben des Sozialgesetzbuches 57
1.2 § 4 SGB I 60
1.3 § 5 SGB I – Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden 61
1.4 § 9 SGB I – Sozialhilfe 61
1.5 § 10 SGB I – Teilhabe behinderter Menschen 62
1.6 §§ 18 – 29 – Einzelne soziale Leistungen und zuständige Leistungsträger 62
1.7 § 43 SGB I – Vorläufige Leistungen 63
1.8 § 48 SGB I - Auszahlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht 63
1.9 § 49 SGB I – Auszahlung bei Unterbringung 64
1.10 § 53 SGB I – Übertragung und Verpfändung 64
1.11 § 63 SGB I - Heilbehandlung 64
1.12 § 64 SGB I – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 65
1.13 § 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung 65
2. Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung 67
2.1 § 2 SGB IV – Versicherter Personenkreis 67
2.2 §§ 3 – 5 SGB IV – Geltungsbereich. Ausstrahlung. Einstrahlung 67
2.3 § 19 SGB IV – Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen 68
2.4 § 28a SGB IV – Meldepflicht 68

2.5 § 30 SGB IV – Eigene und übertragene Aufgaben 68
2.6 § 34 SGB IV – Satzung 69
2.7 §§ 35- 35a SGB IV 69
2.8 §§ 67 ff. SGB IV – Haushalts- und Rechnungswesen 69
2.9 § 87 SGB IV – Umfang der Aufsicht 70
3. Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) 72
3.1 § 1 SGB III - Ziele der Arbeitsförderung 72
3.2 § 2 SGB III - Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit den Arbeitsämtern 73
3.3 § 3 SGB III - Leistungen der Arbeitsförderung 74
3.4 § 4 SGB III - Vorrang der Vermittlung 74
3.5 § 5 SGB III - Vorrang der aktiven Arbeitsförderung 74
3.6 § 6 SGB III - Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit 75
3.7 § 11 SGB III - Eingliederungsbilanz 76
3.8 § 19 SGB III - Behinderte Menschen 76
3.9 § 33 SGB III - Berufsorientierung 77
3.10 § 35 SGB III - Vermittlungsangebot, Eingliederungsvereinbarung 77
3.11 § 37 SGB III - Verstärkung der Vermittlung 78
3.12 § 37a SGB III - Beauftragung Dritter mit der Vermittlung 79
3.13 § 45 SGB III - Leistungen 79
3.14 § 48 SGB III Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen 80
3.15 § 53 SGB III - Mobilitätshilfen 81
3.16 § 57 SGB III - Überbrückungsgeld 82
3.17 § 61 SGB III - Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme 83
3.18 § 77 SGB III - Grundsatz (Weiterbildung) 83
3.19 § 86 SGB III - Anerkennung für die Weiterbildungsförderung 84
3.20 § 93 SGB III - Qualitätsprüfung 84
3.21 § 97 SGB III - Teilhabe am Arbeitsleben (Behinderte Menschen) 84
3.22 § 101 SGB III - Besonderheiten (Behinderte Menschen) 85
3.23 § 102 SGB III - Grundsatz (Besondere Leistungen für behinderte Menschen) 85
3.24 § 169 SGB III - Anspruch (Kurzarbeitergeld) 86
3.25 § 209 SGB III - Anspruch (Winterausfallgeld) 86
3.26 § 217 SGB III - Grundsatz (Eingliederungszuschüsse) 87

3.27 § 229 SGB III - Grundsatz (Jobrotation) 87
3.28 § 235b SGB III - Erstattung der Praktikumsvergütung 88
3.29 § 235c SGB III - Förderung der beruflichen Weiterbildung 89
3.30 § 240 SGB III - Grundsatz (Leistungen an Träger) 89
3.31 § 241 SGB III - Förderungsfähige Maßnahmen 90
3.32 § 246a SGB III - Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen 90
3.33 § 254 SGB III - Grundsatz (Sozialplanmaßnahmen) 91
3.34 § 260 SGB III - Grundsatz (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen) 91
3.35 § 261 SGB III - Förderungsfähige Maßnahmen 92
3.36 § 272 SGB III - Grundsatz (Strukturanpassungsmaßnahmen) 92
3.37 § 282 SGB III - Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 93
3.38 § 373 SGB III - Beteiligung an Gesellschaften 94
3.39 § 402 SGB III - Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten 94
3.40 § 417 SGB III - Förderung beschäftigter Arbeitnehmer 95
4. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung 97
4.1 § 1 SGB V – Solidarität und Eigenverantwortung 97
4.1.1 § 1 Satz 1 SGB V 97
4.1.2 § 1 Satz 2 und 3 SGB V 99
4.1.3 Verhältnis von Zielsetzungen und Pflichten zueinander 100
4.1.4 Die Regelung der Verantwortlichkeiten 102
4.1.5 Bedeutung für die Prävention 103
4.1.6 Zwischenergebnis: Dreigeteilte Verantwortlichkeit im Hinblick auf Prävention; Verpflichtung der Krankenkassen zu „Leistungen“ 104
4.1.7 Verhältnis von Satz 1 zu Satz 2, 3 in § 1 SGB V. Aufgaben und Verpflichtungen 105
4.2 § 11 SGB V - Leistungsarten 106
4.2.1 Struktur des § 11 SGB V 106
4.2.2 Prävention in § 11 SGB V 107
4.3 § 20 SGB V – Prävention und Selbsthilfe 107
4.3.1 Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V 107
4.3.2 Prävention im Arbeitsleben nach § 20 Abs. 2 SGB V 109
4.3.3 Finanzielle Begrenzung von Ausgaben für Prävention nach § 20 Abs. 3 SGB V 110
4.3.4 Institutionelle Förderung nach § 20 Abs. 4 SGB V 110

4.3.4.1 Bedeutung für die Prävention ... 110
4.3.4.2 Das Verzeichnis von Krankheitsbildern der Krankenkassen-Spitzenverbände ... 112
4.4 § 21 SGB V – Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) ... 113
4.4.1 Die Maßnahmen ... 113
4.4.2 § 21 Abs. 1 SGB V unter dem Gesichtspunkt der Prävention ... 114
4.4.3 Organisatorische Zuständigkeiten der Krankenkassen ... 115
4.4.3.1 Keine Ausschließlichkeit der Gruppenprophylaxe ... 115
4.4.3.2 Kinder mit besonders hohem Karies-Risiko ... 115
4.4.3.3 Zuständigkeit zur Initiative von Maßnahmen der „Gruppenprophylaxe“ ... 116
4.4.4 „Vorläufige“ Maßnahmen der Gruppenprophylaxe ... 116
4.4.5 Finanzierung ... 117
4.5 § 22 SGB V – Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) ... 117
4.6 § 23 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen ... 117
4.6.1 § 23 SGB V im System der Prävention ... 117
4.6.2 Autonome Entscheidungskompetenz der Krankenkassen im Rahmen des § 23 SGB V ... 118
4.6.3 Institutionelle Aspekte zu § 23 SGB V ... 120
4.6.4 Autonome Befugnis der Krankenkassen zu Teilleistungen von Vorsorge-Leistungskomplexen ... 120
4.7 § 24 SGB V - Vorsorgekuren für Mütter ... 121
4.8 §§ 24a, b SGB V - Empfängnisverhütung; Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation ... 122
4.9 §§ 25, 26 SGB V - Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten ... 122
4.10 § 27 Abs. 1 Ziff. 6 i.V.m. §§ 40 - 43 SGB V - Rehabilitationsmaßnahmen ... 123
4.10.1 Prävention. Rehabilitation. Krankenbehandlung ... 123
4.10.2 Ärztliche Mitwirkung bei Rehabilitationsmaßnahmen. Eigenverantwortlicher Bereich der Krankenkassen ... 125
4.11 § 41 SGB V – Medizinische Rehabilitation für Mütter ... 127
4.12 § 42 SGB V - Belastungserprobung und Arbeitstherapie ... 127
4.13 § 43 SGB V - Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation ... 128
4.13.1 Allgemeine Voraussetzungen ... 128
4.13.2 Rehabilitationsleistungen ... 129

4.14 § 43a – Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 129
4.15 §§ 63 – 66 – Weiterentwicklung der Versorgung 130
4.15.1 Die Rechtslage nach dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz 130
4.15.2 Insbesondere: § 65b SGB V – Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung 131
4.15.3 Insbesondere: § 66 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern 132
4.15.4 Zwischenergebnis 133
4.16 § 70 Abs. 2 SGB V - Hinwirkungspflicht hinsichtlich einer humanen Krankenbehandlung 134
4.17 § 70 Abs. 1 SGB V - Standard der Gewährleistung der Versorgung 135
4.18 § 73 Abs. 1 SGB V - Prävention im Rahmen der „Vertragsärztlichen Versorgung“ 135
4.19 § 92 SGB V - Richtlinien der Bundesausschüsse 137
4.20 § 107 SGB V – Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen 138
4.21 § 111 SGB V - Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 140
4.22 § 111a SGB V - Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 140
4.23 §§ 135 – 139 SGB V – Sicherung der Quali der Leistungserbringung 140
4.24 § 140 SGB V - Eigeneinrichtungen der Krankenkassen 141
4.25 §§ 140a – 140h SGB V – Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung 141
4.26 § 145 Abs. 3 Satz 2 SGB V - Leistungen ohne Rechtsanspruch 142
4.27 § 219 Abs. 2 SGB V - Arbeitsgemeinschaften mit präventiven Zielsetzungen 143
4.28 § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V - Vorschläge für weitere Behandlung 143
5. Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Gesetzliche Rentenversicherung 145
5.1 Allgemeines 145
5.2 § 9 SGB VI – Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe 145
5.3 § 10 SGB VI – Persönliche Voraussetzungen 147
5.4 § 11 SGB VI – Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 148
5.5 § 12 SGB VI – Ausschluss von Leistungen 150

5.6 § 13 SGB VI – Leistungsumfang 151
5.7 § 15 SGB VI – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 152
5.8 §16 SGB VI – Teilhabe am Arbeitsleben 152
5.9 Soziale Rehabilitation 152
5.10 § 28 SGB VI – Ergänzende Leistungen 152
5.11 § 31 SGB IV – Sonstige Leistungen 152
5.12 § 110 SGB VI – Grundsatz (für Leistungen an Berechtigte im Ausland) 154
5.13 § 111 SGB VI – Rehabilitationsleistungen und Krankenversicherungs-zuschuss 155
5.14 § 115 SGB VI – Beginn (des Verfahrens) 156
5.15 § 148 SGB VI – Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung beim Rentenversicherungsträger 157
6. Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Gesetzliche Unfallversicherung 158
6.1 § 1 SGB VII - Prävention, Rehabilitation, Entschädigung 158
6.2 § 9 SGB VII - Berufskrankheit 159
6.3 § 14 SGB VII - Grundsatz (Prävention) 160
6.4 § 15 SGB VII - Unfallverhütungsvorschriften 163
6.5 § 16 SGB VII - Geltung bei Zuständigkeit anderer Unfallversicherungsträger und für ausländische Unternehmen 164
6.6 § 17 SGB VII - Überwachung und Beratung 164
6.7 § 18 SGB VII - Aufsichtspersonen 165
6.8 § 19 SGB VII - Befugnisse der Aufsichtspersonen 165
6.9 § 20 SGB VII - Zusammenarbeit mit Dritten 166
6.10 § 21 SGB VII - Verantwortung des Unternehmers, Mitwirkung der Versicherten 167
6.11 § 22 SGB VII - Sicherheitsbeauftragte 167
6.12 § 23 SGB VII - Aus- und Fortbildung 168
6.13 § 24 SGB VII - Überbetrieblicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst 168
6.14 § 25 SGB VII - Bericht gegenüber dem Bundestag 168
6.15 § 26 SGB VII - Grundsatz (Leistungen) 169
6.16 § 27 SGB VII - Umfang der Heilbehandlung 170
6.17 § 35 SGB VII - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 170

6.18 § 39 SGB VII - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen ... 171
6.19 § 114 SGB VII - Unfallversicherungsträger ... 171
6.20 § 162 SGB VII - Zuschläge, Nachlässe, Prämien ... 172
6.21 § 191 SGB VII - Unterstützungspflicht der Unternehmer ... 173
6.22 § 193 SGB VII - Pflicht zur Anzeige eines Versicherungsfalls durch die Unternehmer ... 173
6.23 § 199 SGB VII - Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten durch die Unfallversicherungsträger ... 174
6.24 § 201 SGB VII - Datenerhebung und Datenverarbeitung durch Ärzte ... 174
6.25 § 202 SGB VII - Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten ... 175
6.26 § 204 SGB VII Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger ... 175
6.27 § 206 SGB VII - Übermittlung von Daten für die Forschung zur Bekämpfung von Berufskrankheiten ... 175
6.28 § 207 SGB VII - Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten zur Verhütung von Versicherungsfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ... 176
6.29 § 209 SGB VII - Bußgeldvorschriften ... 176
7. Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) Kinder- und Jugendhilfe ... 178
7.1 § 1 SGB VIII - Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe ... 178
7.2 § 2 SGB VIII - Aufgaben der Jugendhilfe ... 179
7.3 § 11 SGB VIII - Jugendarbeit ... 180
7.4 § 14 SGB VIII - Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz ... 181
7.5 § 16 SGB VIII - Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie ... 182
7.6 § 17 SGB VIII - Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung ... 182
7.7 § 27 SGB VIII - Hilfe zur Erziehung ... 183
7.8 § 35a SGB VIII - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ... 184
7.9 § 41 SGB VIII - Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung ... 185
7.10 § 42 SGB VIII - Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen ... 185
7.11 § 43 SGB VIII - Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten ... 186

7.12 § 44 SGB VIII - Pflegeerlaubnis 186
7.13 § 45 SGB VIII - Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung 187
7.14 § 50 SGB VIII - Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten 188
7.15 § 81 SGB VIII - Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen 188
8. Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung 189
8.1 § 5 SGB XI - Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation .. 189
8.2 § 6 SGB XI - Eigenverantwortung 190
8.3 § 7 SGB XI - Aufklärung, Beratung 191
8.4 § 18 SGB XI - Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 193
8.5 § 28 SGB XI - Leistungsarten, Grundsätze 194
8.6 § 31 SGB XI - Vorrang der Rehabilitation vor Pflege 195
8.7 § 32 SGB XI - Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .. 196
8.8 § 40 – Pflegehilfsmittel und technische Hilfen 196
8.9 § 45 SGB XI - Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 197
8.10 § 94 SGB XI - Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen 198
8.11 § 98 SGB XI - Forschungsvorhaben 198
8.12 § 109 SGB XI - Pflegestatistiken 199
9. Bundesversorgungsgesetz (BVG) 200
9.1 Soziale Entschädigung 200
9.2 § 10 BVG - Zweck der Heil- oder Krankenbehandlung 201
9.3 § 11 BVG - Umfang der Heilbehandlung 202
9.4 § 11a BVG - Versehrtenleibesübungen 203
9.5 § 12 BVG - Umfang der Krankenbehandlung 203
9.6 § 25 BVG - Kriegsopferfürsorge 203
10. Bundessozialhilfegesetz (BSHG) 205
10.1 § 1 BSHG – Inhalt und Aufgabe 205
10.2 § 5 BSHG – Einsetzen der Sozialhilfe 205
10.3 § 6 BSHG – Vorbeugende Hilfe, nachgehende Hilfe 206
10.4 § 15a BSHG – Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen 208
10.5 § 15b BSHG – Darlehen bei vorübergehender Notlage 208
10.6 § 17 BSHG – Beratung und Unterstützung 208

10.7 §§ 21 – 23 BSHG – Form und Maß der Leistungen 209
10.8 § 27 BSHG – Arten der Hilfe (in besonderen Lebenslagen) 209
10.9 § 30 BSHG – Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage. 210
10.10 § 36 BSHG – Hilfe zur Familienplanung..... 210
10.11 § 36a BSHG – Hilfe bei Sterilisation..... 210
10.12 § 36b BSHG – Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft 211
10.13 § 37 BSHG – Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe 211
10.14 §§ 39 – 47 BSHG – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 211
10.15 § 70 BSHG – Inhalt und Aufgabe (der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)..... 213
10.16 § 72 BSHG – Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten 214
10.17 § 75 BSHG – Altenhilfe..... 215
11. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen..... 216
11.1 Allgemeines 216
11.2 § 1 SGB IX – Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft..... 216
11.3 § 2 SGB IX – Behinderung..... 217
11.4 § 3 SGB IX – Vorrang von Prävention..... 217
11.5 § 4 SGB IX – Leistungen zur Teilhabe..... 217
11.6 § 8 SGB IX – Vorrang von Leistungen zur Teilhabe 218
11.7 § 9 SGB IX – Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten 219
11.8 § 10 SGB IX – Koordinierung der Leistungen 219
11.9 § 11 SGB IX – Zusammenwirken der Leistungen..... 220
11.10 § 12 SGB IX – Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger 221
11.11 § 13 SGB IX – Gemeinsame Empfehlungen 221
11.12 §14 SGB IX – Zuständigkeitsklärung..... 223
11.13 § 15 SGB IX – Erstattung selbstbeschaffter Leistungen..... 223
11.14 § 17 SGB IX – Ausführung von Leistungen..... 223
11.15 § 18 – Leistungsort..... 224
11.16 § 19 SGB IX – Rehabilitationsdienste und –einrichtungen 224
11.17 § 20 SGB IX – Qualitätssicherung..... 225
11.18 § 21 SGB IX – Verträge mit Leistungserbringern 225
11.19 § 22 SGB IX – Aufgaben (der gemeinsamen Servicestellen)..... 226

11.20 § 23 SGB IX – Servicestellen 226
11.21 § 24 SGB IX – Bericht 226
11.22 § 26 SGB IX – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 227
11.23 § 29 SGB IX – Förderung der Selbsthilfe 227
11.24 § 30 SGB IX – Früherkennung und Frühförderung 227
11.25 § 31 SGB IX – Hilfsmittel 228
11.26 § 33 SGB IX – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 228
11.27 § 34 SGB IX – Leistungen an Arbeitgeber 230
11.28 § 35 SGB IX – Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation 230
11.29 § 38 SGB IX – Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit 230
11.30 § 39 SGB IX – Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen 231
11.31 § 40 SGB IX – Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich 231
11.32 § 44 SGB IX – Ergänzende Leistungen 231
11.33 § 45 SGB IX – Leistungen zum Lebensunterhalt 233
11.34 § 54 SGB IX – Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten 233
11.35 § 55 SGB IX – Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 234
11.36 § 56 SGB IX – Heilpädagogische Leistungen 235
11.37 § 57 SGB IX – Förderung der Verständigung 235
11.38 § 58 SGB IX – Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben 236
11.39 § 60 SGB IX – Pflichten Personenberechtigter 236
11.40 § 61 SGB IX – Sicherung und Beratung behinderter Menschen 237
11.41 § 62 SGB IX - Landesärzte 238
11.42 § 63 SGB IX – Klagerecht der Verbände 238
11.43 § 66 SGB IX – Berichte über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe 239
11.44 §§ 68 – 160 SGB IX – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht) 239
11.44.1 Beschäftigungspflicht – Ausgleichsabgabe 240
11.44.2 Benachteiligungsverbot. Förderungsgebot 240
11.44.3 Prävention 241
11.44.4 Kündigungsschutz 241
11.44.5 Hilfen im Arbeitsleben 242

11.44.6 Werkstätten für behinderte Menschen 242
11.44.7 Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr. Unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr 243
12. 10. Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) Sozialverfahren und Sozialdatenschutz 244
12.1 2. Kapitel – Schutz der Sozialdaten 244
12.1.1 § 68 SGB X – Übermittlung für Aufgaben der Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften und Gerichte, der Behörden der Gefahrenabwehr und zur Durchsetzung öffentlich-rechtlicher Ansprüche 244
12.1.2 § 70 SGB X – Übermittlung für die Durchführung des Arbeitsschutzes 245
12.1.3 § 71 SGB X – Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse 245
12.1.4 § 72 SGB X – Übermittlung für den Schutz der inneren und äußeren Sicherheit 246
12.1.5 § 74 SGB X – Übermittlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht und beim Versorgungsausgleich 247
12.1.6 § 75 SGB X – Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung 247
12.1.7 § 78c SGB X – Datenschutzaudit 247
12.2 3. Kapitel – Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehung zu Dritten 248
12.2.1 § 86 SGB X – Zusammenarbeit 248
12.2.2 § 94 SGB X – Arbeitsgemeinschaften 256
12.2.3 § 95 SGB X – Zusammenarbeit bei Planung und Forschung 257
12.2.4 § 96 SGB X – Ärztliche Untersuchungen, psychologische Eignungsuntersuchungen 258
12.2.5 § 97 SGB X – Durchführung von Aufgaben durch Dritte 258
12.2.6 § 98 SGB X – Auskunftspflicht des Arbeitgebers 258
12.2.7 § 100 SGB X – Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs 259

III. Regelungen mit präventiv-gesundheitsschützendem Gehalt in anderen verwaltungsrechtlichen Regelungen 260
1. Vorbemerkungen 260
2. Öffentlicher Gesundheitsdienst 263
2.1 Allgemeines 263
2.2 Gesundheitspolizei 264
2.3 Betreuung 264
2.4 Prävention 265
2.5 Gutachterliche Tätigkeit 266
2.6 Gesundheitsberichterstattung 266
2.7 Gesundheitsplanung 267
2.8 Überwachung von Heilberufen. Berufsaufsicht 268
2.9 Kooperation. Koordination 268
2.10 Abgrenzung zum Bereich des Sozialrechts. Schnittstellenproblematik 268
3. Schulgesetze der Länder 272
3.1 Schulgesundheitspflege. Ziele 272
3.2 Schulärztlicher Dienst 273
3.2.1 Aufgaben 273
3.2.2 Teilnahmepflicht 274
3.3 Schulpsychologischer Dienst 274
3.4 Gesundheitserziehung 274
3.5 Schutz vor übertragbaren Krankheiten 276
3.6 Schultests 277
3.6.1 Zweck 277
3.6.2 Datenschutz 278
3.7 Unfallverhütung 278
4. Polizeirecht und Umweltrecht 280
4.1 Zur Entwicklung des Umweltrechts 280
4.2 Rechtstatsachen und Rechtsnormen im Umweltrecht 281
4.3 Spezielle Regelungen 282
4.4 Bereichsübergreifende Regelungen 283
4.5 Ökologisierung bestehenden Verwaltungsrechts 283
4.6 Europäische Union 284
4.7 Die Wurzeln des deutschen Umweltrechts 285

4.8 Unterschiedliche Normprogramme / primäre Zielsetzungen 285
4.9 Polizei- und Ordnungsrecht 286
4.9.1 Gefahrenabwehr 286
4.9.2 Gefahrenvorsorge 287
4.10 Anthropozentrischer Ansatz 289
4.11 Alternative Sichtweise 290
4.12 Die Prinzipien des Umweltrechts 290
4.12.1 Vorsorgeprinzip 291
4.12.2 Verursacherprinzip 291
4.12.3 Kooperationsprinzip 292
4.12.4 Nachhaltigkeitsprinzip 293
4.13 Aktuelle Zusammenhangsfragen 296
4.13.1 Umwelt und Weltwirtschaft 296
4.13.2 Umwelt und soziale Frage 297

C. Handlungsfelder für Präventionsregelungen 300

I. Vorbemerkungen 300
II. Begriffliche und definitorische Klarstellungen 301
1. Allgemeines 301
2. Verständnis von primärer Prävention 302
2.1 Einbeziehung von Verbesserung des Gesundheitszustandes 302
2.2 Begrenzung auf Sozialrecht 302
3. Sekundäre Prävention 303
4. Verständnis von „tertiärer Prävention“ 303
5. Weitere Abgrenzungsfragen 304
6. Bedeutung für Leistungserbringungsrecht 305
III. Mitwirkung bei Maßnahmen der Prävention 305
1. Verhaltensprävention 305
2. Verhältnisprävention 306
3. Regelungsbedarf 306
IV. Inhaltliche Ausgestaltung von Maßnahmen mit präventivem Gehalt 307
V. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement 308
1. Begriffe 308
1.1. Qualitätssicherung 308
1.2 Qualitätsmanagement 309

1.3. Methoden der Qualitätssicherung 309
2. Sozialgesetzbuch 310
2.1 Regelungen zur Qualitätssicherung in der Krankenversicherung 310
2.2 Andere Regelungen zur Qualitätssicherung 310
3. Qualitätssicherung in der Prävention 311
3.1 Ausgangslage 311
3.2 Ziele. Anregungen 312
3.3 Verpflichtung 313
3.4 Inhalt 313
3.5 Arbeitsgemeinschaft 314
VI. Forschung 316
1. Sozialgesetzbuch 316
1.1 Grundsatz 316
1.2 Einzelregelungen 316
2. Forschungsvorhaben 318
2.1 Arten 318
2.1.1 Externe wissenschaftliche Forschung (Sozialdaten) 318
2.1.2 Interne wissenschaftliche Forschung (Sozialdaten) 320
2.1.3 Sonstige Forschung 320
2.2 Daten 321
2.2.1 Auswertung vorhandener Daten 321
2.2.2 Erhebung neuer Daten 321
3. Prävention durch Forschung 322
3.1 Verpflichtung 322
3.2 Umfang 323
3.3 Zusammenarbeit. Koordination 323
VII. Berichte. Bilanzen. Veröffentlichungen 325
1. Regelungen 325
2. Präventionsbezug 327
3. Präventionsbericht 327
VIII. Gütezeichen 329
1. Sicherheitszeichen im Arbeitsschutz 329
2. Präventionssiegel 330

IX. Gesundheitsbeauftragte 332
1. Beauftragte im Unternehmen 332
2. Betriebliche Gesundheitsbeauftragte 333
X. Zuständigkeiten. Abgrenzungsfragen 335
1. Beibehalt der Zuständigkeits-Strukturen 335
2. Gesundheitsplanung 335
XI. Zusammenarbeit 337
1. Problemfelder 337
2. Materiell-rechtliche Regelungen 338
3. Organisationsrecht 338
4. Schnittstellen-Problematik 340
5. Anregungen 341
XII. Lokalisierung von Präventionsregelungen. Gesetzessystematik 343
1. Umfassende Regelungen zur Prävention 343
2. Regelung von Prävention im Sozialgesetzbuch 344
2.1 Derzeitige Rechtslage 344
2.2 Anregungen 345
2.2.1 Alternative I 345
2.2.2 Alternative II 346
2.3 Sozialrechtliche Regelungen außerhalb des SGB 347
2.4 Keine völlige Harmonisierung der Prävention 348
XIII. Weiterentwicklung der Präventionsregelungen 350

A. Rechtstheoretische Vorbemerkungen

I. Einführung. Rechtstheoretische Vorbemerkungen

Die nachfolgenden Ausführungen gehen der Frage nach, welche Maßnahmen der **Prävention**, insbesondere mit Auswirkungen auf die Gesundheit, derzeit festgestellt werden können. Es handelt sich um eine juristische Fragestellung, die solche Leistungen insoweit zu ermitteln hat, als **Rechtsvorschriften** existieren, auf die sich diese Maßnahmen stützen lassen.

1. Notwendige Regelungsbestandteile von Rechtsnormen

Rechtsvorschriften sollen bestimmte **(gesetzgeberische) Ziele** verwirklichen; in den modernen Regelungen insbesondere des Verwaltungsrechts werden solche Zielsetzungen nicht selten ausdrücklich ausgewiesen, z.B. im Umweltrecht[1]. Die Ziele eines Gesetzgebungszwecks ergeben sich weiterhin aus dem diesbezüglichen **Aufgabenzuweisungsnormen**, z.B. im Sozialrecht[2].

Ziele lassen sich außerdem aus jeder **Befugnisnorm** ableiten; denn in der Befugnis der Verwaltung zum Handeln steckt stets und gleichsam „automatisch" auch eine Aufgabenzuweisung.

Die gesetzgeberischen Ziele betreffen nicht nur **allgemein und umfassend** ein gesamtes Regelungswerk (z.B. das Immissionsschutzrecht oder das Krankenversicherungsrecht), sondern auch **Teilbereiche** (z.B. die Bereiche der unfallversicherungsrechtlichen Prävention[3]) oder auch **einzelne Normen**; insbesondere im letzten Fall ist das gesetzgeberische

---

[1] vgl. z.B. § 1 BImSchG – „Zweck des Gesetztes", § 1 G zum Schutz gegen Fluglärm – „Zweck und Geltungsbereich", § 1 ChemikalienG – „Zweck des Gesetzes", § 1 BundesnaturschutzG – „Ziele des Naturschutzes und der Landschaftspflege" usw.

[2] vgl. z.B. § 1 SGB V – „Solidarität und Eigenverantwortung", die „Aufgabe" der Krankenversicherung ist ausdrücklich in S. 1 genannt; § 1 SGB VII; § 1 Abs. 4 SGB XI usw.

[3] in §§ 14 – 25 SGB VII

Ziel zuweilen nur mit Hilfe der sog. teleologischen Auslegungsmethode [4] zu bewerkstelligen.

Umgesetzt werden die gesetzgeberischen Vorstellungen durch **Normen** und zwar dergestalt, dass im **Tatbestand** der Regelung in abstrakt-genereller Weise die **Sachverhalte** beschrieben werden, bei deren Vorliegen die in der Norm vorgeschriebene **Rechtsfolge** eintritt oder durch ein **Tätigwerden der Verwaltung** bewirkt werden soll. Dabei ist dem hier zu erörternden Zusammenhang zunächst relativ unerheblich, ob die Verknüpfung von Tatbestand und Rechtsfolge **kausal-konditional** oder **final** erfolgt; rechtsstrukturell zweitrangig ist auch die Frage, ob bei der Bewirkung der Rechtsfragen durch eine **Handeln der Verwaltung** – durch einen Verwaltungsakt, einen verwaltungsrechtlichen Vertrag oder durch sog. reales, tatsächliches Handeln ohne individuell-konkrete Rechtswirkungen – der Behörde ein **Gestaltungsspielraum** in Form von Ermessen eingeräumt ist **oder** ob die Behörde **strikt gebunden** ist; schließlich ist normstrukturell und unerheblich, ob die Rechtsfrage als „obrigkeitliche“ Anordnung (z.B. Beitragsbescheid, Aufforderung zur Untersuchung, Verbot von Kauf oder Verzehr bestimmter Nahrungsmittel oder Getränke) oder als Handlungsangebot, Beratung oder Hinweis erscheint.

2. Rechtsnormen als steuernde Reaktion auf tatsächlich Vorgänge

Wie alle Rechtsnormen beruhen auch die – hier zunächst aufzufindenden und darzustellenden – Regelungen auf **Erfahrungen** dergestalt, dass diagnostizierte **Beeinträchtigungen der Gesundheit** mit einer gewissen Sicherheit als **vermeidbar** erkannt worden sind; damit gehen diese Normen von der Annahme aus, dass ein gesundheitliches **Schadensereignis prognostizierbar** ist und dass geeignete Mittel zur **Vermeidung** derartiger, gleichsam mit naturwissenschaftlicher und/oder sozialwissenschaftlicher Gesetzmäßigkeit eintretender Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen; diesem Ziel soll die Schaffung rechtlicher Regelungen dienen, und zwar Regelungen des (öffentlichen) Verwaltungsrechts.

[4] das ist eine der „klassischen“ und allgemein anerkannten juristischen Auslegungsmethoden, vgl. für alle BVerfGE 35, S. 263, 278 f.; E 51, S. 304, 317

3. Typische Merkmale der Steuerung durch Verwaltungsrecht

Damit ist zweierlei gesagt: Erstens – **Rechtsnormen** eignen sich als **Steuerungsmittel** zur Erreichung des soeben beschriebenen Zieles; diese Annahme wird nachfolgend näher erörtert. Zweitens – diese dem Wesen von Rechtsnormen entsprechend abstrakt-generellen Regelungen sehen grundsätzlich vor, dass ihre **Konkretisierung nicht** gleichsam **automatisch** zur Erreichung des normativ gesetzten Ziels (nämlich der Vermeidung von Gesundheitsbeeinträchtigung) führt; vielmehr werden – und das ist **typisch** für das **Verwaltungsrecht** – (Verwaltungs-)**Behörden** geschaffen (oder vorhandene Behörden zusätzlich beauftragt und befugt), um die gesetzgeberischen Vorstellungen umzusetzen, zu **vollziehen**, also um die abstrakt-generellen Regelungen auf den einzelnen konkret-individuellen Sachverhalt anzuwenden.

4. Prävention durch strafrechtliche Normen zum Schutz der Gesundheit

In diesem Zusammenhang sei auch ein Blick auf das **Strafrecht** geworfen, das im Bereich der **gesundheitsbezogenen Prävention** erhebliche Bedeutung hat; dabei sind einschlägig die Regelung der „Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit“ (§§ 223 – 231 StGB) sowie eine Anzahl von „Gemeingefährlichen Straftaten“ (vgl. §§ 303 – 323 c StGB), z.B. „Schwere Brandstiftung“ gem. § 306 a Abs. 2 StGB oder „Besonders schwere Brandstiftung“ gem. § 306 b Abs. 1 StGB. Es handelt sich dabei auch um **öffentlich-rechtliche Vorschriften**; diese sollen in **zweifacher Weise präventiv** wirken, nämlich **generalpräventiv** dadurch, dass die Furcht vor Entdeckung und Bestrafung grundsätzlich jedermann davon abhält, diese Straftat zu begehen. Der Grund für diese strafrechtlichen Normen liegt offensichtlich – erstens – in der Erfahrung, dass Menschen zu den Handlungen, die in den strafrechtlichen Tatbeständen erfasst sind, neigen und – zweitens - , dass in einem geordneten Zusammenleben derartige Handlungen zu unterbleiben haben. Das Strafrecht **verbietet** somit diese **Verhaltensweisen**. **Zuwiderhandlungen werden** von staatlichen Verwaltungsbehörden – nämlich der Staatsanwaltschaft, unterstützt durch Polizeibehörden – **verfolgt**; Bestrafungen sind nach dem heutigen Verfassungsverständnis den Gerichten vorbehalten.

Individual-Prävention soll durch Strafrecht dadurch erreicht werden, dass ein bestrafter Täter unter dem Eindruck seiner Bestrafung künftig von strafbaren Handlungen absieht.

Die Betrachtung des auf den **Gesundheitsschutz** abzielenden **Strafrechts** ist somit auch in diesem Zusammenhang insoweit interessant, als Prävention – Vermeidung von Straftaten mit Beeinträchtigungen der Gesundheit – bewirkt werden, als **Verwaltungsbehörden** (sowie Gerichte) die Umsetzung, den Vollzug dieser Normen bewirken, und dass bereits in der **Strafandrohung** (die vor den Augen eines potentiellen Täters die Strafverfolgung durch staatliche Behörden, die Bestrafung durch ein staatliches Gericht sowie die Vollstreckung der Strafe, wiederum durch den Staat entstehen lassen soll) eine **wirksame Prävention** gesehen wird.

5. Prävention – von der Rechtsfolgeseite betrachtet

Die bisherigen Überlegungen haben gezeigt, dass im Verwaltungsrecht die gesetzlich vorgesehenen **Rechtsfolgen** im Normalfall **durch die Verwaltung** durch einen Akt der Konkretisierung und Individualisierung **festgelegt** werden. Der Blick auf das Strafrecht und die Strafverfolgung hat gezeigt, dass die Existenz von Strafrecht und seiner (wirksamen) Vollziehung durch Staatsanwaltschaft und Strafgericht (general-)präventive Wirkung beigemessen wird. Anders ausgedrückt: Das **Verhalten von Menschen** soll offensichtlich dadurch gesteuert werden können (in dem hier angesprochene Bereiche des Strafrechts im Hinblick auf die Unterlassung gesundheitsgefährdender oder –beeinträchtigender Maßnahmen), dass eine als negativ-beeinträchtigend empfundene **Sanktion angedroht** wird für den Fall einer Handlung, die von dem allgemein gefassten strafrechtlichen Tatbestand begrifflich erfasst wird und damit – das ist gemeinsames Merkmal aller strafrechtlichen Normen – eine grundsätzlich verbotene Handlung ist (Ausnahmen: Notwehr, Notstand, vgl. §§ 32 – 35 StGB, § 227 BGB.

In **gleicher Weise** funktionieren **auch andere öffentlich-rechtliche Regelungen**. Im **Bau(ordnungs)recht** beispielsweise ist es verboten, Bauwerke zu errichten oder zu bewohnen, wenn dadurch u.a. die Gesundheit beeinträchtigt oder auch nur gefährdet wird[5];

[5] so in der Sache übereinstimmend die einschlägigen Generalklauseln in den bauordnungsrechtlichen Regelungen der Bundesländer z.B. Art. 3 Abs.1 BayBauO, § 1 Abs. 1 Niedersächsische BauO, § 3 Abs. 1 sämtlicher übriger Bauordnungen

bei Zuwiderhandlungen kommen verschiedene Sanktionen in Betracht: Baueinstellung, (partielle) Baubeseitigung, auch Bußgelder[6].

Zugleich enthält das Bau(ordnungs)recht zahlreiche Regelungen, in denen das im Sinne des Gesetzgebers „richtige" – in unserem Zusammenhang also insbesondere das **gesundheits-unschädliche- Bauen** - angeordnet wird. Baurechtliche Vorgabe und Sanktionen sollen offensichtlich auch dafür sorgen, dass die baurechtlichen Gebote „freiwillig" eingehalten werden.

Fraglich ist allerdings, ob diese Art und Weise der Einflussnahme auf menschliches Verhalten – mit dem Ziel, dass von der Rechtsnorm (insgesamt betrachtet: von der Rechtsordnung) als unerwünscht normiertes Verhalten unterlassen, hingegen gebotenes Verhalten getätigt wird – allgemein als geeignetes Steuerungsinstrumentarium mit dem Ziel „Prävention mit Auswirkungen auf die Gesundheit" betrachtet werden kann. Dabei muss man sich klarmachen, dass es bei diesen (im übrigen auch bei ähnlichen Regelungsmaterien[7] ein **normativ geprägtes Verständnis** zum Ausdruck kommt, demzufolge bestimmte **menschliche Verhaltensweisen** – erstens – **gesellschaftlich unerwünscht** sind und als (zumindest potentiell) schädlich betrachtet werden und dass – zweitens – **durch die Regelungsinstrumente „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt"** (oder „Genehmigungsbedürftigkeit" bestimmter Vorhaben) und eine prinzipiell **permanente Rechtsaufsicht über Privat** die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werden können.

6. Geeignete Rechtsfolgeanordnungen im Bereich gesundheitliche Prävention

Die Frage nach dem „richtigen", also geeigneten und **wirksamen Rechtsfolgeanordnungen** im **Bereich gesundheitlicher Prävention** kann nur dann beantwortet werden, wenn man sich über das **Ziel von Prävention** klar ist; weiterhin hängt die Frage der **Geeignetheit** davon ab, in welchen (Verfahrens-)Schritten Prävention getätigt werden soll.

---

[6] vgl. z.B. Art. 89 BayBauO – Ordnungswidrigkeiten
[7] z.B. im Immissionsschutzrecht, Artenrecht

6.1 Das Ziel von Prävention und Verhaltensprävention

Entsprechend dem lateinischen Wortstamm von **„Prävention“** (praevenire: zuvorkommen) handelt es sich hierbei um ein „Zuvorkommen“, z.B. mit einer Tatsachen- oder Rechtshandlung, mit der ein prognostiziertes Ereignis (oder **Geschehen) „vorsorglich“ verhindert** werden soll. Soweit ersichtlich, will man in allen Rechtsgebieten, in denen Prävention eine Bedeutung hat, einem Zustand „zuvorkommen“, der (im Falle seines Eintretens) als schädlich und damit als negativ bewertet ist.

Auch im Bereich des Gesundheitswesens bedeutet „Prävention“ zunächst, dass versucht wird, durch (rechtlich und tatsächlich) geeignete Maßnahmen **Beeinträchtigungen der Gesundheit** zuvorzukommen, also Gesundheitsschäden zu verhindern.

Damit ist zunächst gesagt, dass die so verstandene **Prävention** auf den **einzelnen Menschen** abzielt; man spricht zwar gelegentlich von (der schützenswerten) **„Volksgesundheit“** – auch diese kann jedoch bei näherer und sinnvoller Betrachtungsweise nur als die Summe von einzelnen Gesundheits-Zuständen verstanden werden.

Und **geeignet** ist eine rechtliche Präventionsregelung - z.B. ein Verbot, bestimmte Drogen zu nehmen[8] oder das beamtenrechtliche Gebot, sich gesund und diensttauglich zu erhalten – nur dann, wenn die **gesetzlich beabsichtigten Wirkungen** auch **eintreten** und zwar deshalb, weil die „Ziel-Person“ die Rechtsfolgeanordnung des Gesetzes kennt und befolgt.

Ob diese vom Gesetzgeber angestrebte **individual-präventive Wirkung** tatsächlich eintritt, hängt von verschiedenen Umständen ab. Voraussetzung für eine derart verstandene Wirksamkeit einer verhaltens-präventiven Norm ist vor allem, dass eine **tatsächliche** Chance oder **Aussicht** besteht – mit anderen Worten: dass es wahrscheinlich ist -, dass die **Zielpersonen** des Gesetzes (die Adressaten also) ihr Tun und Unterlassen an der im Gesetz zum Ausdruck gekommenen Vorstellungen von einem – auf die Gesundheit bezogenen – **vernünftigen Verhalten** ausrichten.

Der Gesetzgeber tut gut daran, vor einer normativen Festlegung von diesbezüglichen Vorstellungen die – künftige – **Akzeptanz** der ins Auge zu fassenden Normen prospektiv zu beurteilen. Bei fehlerhafter Prognose ist mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Vermeidungsverhalten der Gesetzesadressaten zu rechnen; ein entsprechendes (u.U. Vollzugs-)Defizit macht die Regelung selbst in gleichem Umfang überflüssig.

Ergänzend sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, was im einzelnen unter **„Verhaltensprävention“** verstanden wird. Es handelt sich dabei – wie gesagt – um Maßnahmen, die darauf abzielen, die im **persönlichen Lebensstil** beruhenden **Risikofaktoren** zu beeinflussen. Eine weitere Konkretisierung dieser „Verhaltensprävention“ wird insoweit vorgenommen, als einerseits „massenmedial unselektiert“ vorgegangen wird **(Aufklärung, Information, Aktionen)**, andererseits eine zielgruppenbezogene Prävention vorgenommen wird **(Beratungen, Vorträge, Kurse für bestimmte Personenkreise)**.

Zu einer personenbezogenen Prävention gehören zudem auch die Maßnahmen, die bei denjenigen Risikofaktoren ansetzen, die nicht durch ein - ggf. beeinflussbares - **Risikoverhalten** verursacht sind, sondern die als physisch oder psychisch breit „angelegt“ beurteilt werden müssen. Auch insoweit handelt es sich jeweils um einen Risikofaktor, als „ein **Charakteristikum** einer **Person oder** einer **Bevölkerungsgruppe**, dessen Vorhandensein die Wahrscheinlichkeit, in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden, gegenüber einer Person oder Bevölkerungsgruppe ohne dieses Charakteristikum signifikant erhöht“[9].

Der **Gesetzgeber** hat – bei der Schaffung oder Vervollständigung der Rechtsordnung im Hinblick auf gesundheitsbezogene Prävention – vor allem auch zu bedenken, dass nur solche normativ formulierte **Verhaltensanforderungen** sinnvoll sind, bei denen ein Kausalzusammenhang von dem rechtlich erwünschten (oder angeordneten) Verhalten und dem damit angestrebten (gesundheitsrelevanten) Erfolg bestehen. Derartige Kausalzusammenhänge sind nicht juristischer Natur; vielmehr handelt es sich dabei um **Wirkungszusammenhänge**, die nach **medizinischen** und **sozialwissenschaftlichen**, wohl auch psychologischen **Kriterien** beurteilt werden müssen.

In der **fachwissenschaftlichen Diskussion** besteht offensichtlich keinerlei Zweifel daran, dass es eine Anzahl von **Risikofaktoren** gibt, bei deren Vorliegen eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer **Krankheit** zu erwarten ist. Als „klassische“ somatische Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten gelten Zigarettenrauchen, Hypertonie und Hypercholesterinämie; aufgrund von Interdependenzen werden als weitere Risikofaktoren Übergewicht, Störungen des Glukosestoffwechsels, Hyperurikämie, Hyperglycerie-

---

[8] vgl. dann z.B. die Regelungen des Betäubungsmittelrechts

[9] Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 21.10.1988 (im Folgenden: Enquête-Kommission Strukturreform), BT-Drucks. 11/3267, S. 39, Ziff. 2.2.1 mit Hinweis auf M. Pflanz, 1973, S. 13

dämie und körperliche Inaktivität genannt[10]. Gleiches gilt wohl unbestritten für das Übergewicht von Kindern[11].

Weiterhin werden **psychosoziale Risikofaktoren** genannt. So hat sich offenbar ein chronischer Distress als psychosozialer Risikofaktor erwiesen, der somatische Risikofaktoren wie Cholesterinspiegel und Grenzwerthypertonie beeinflusst und koronar-ischämische Organschäden fördert[12].

Ein **Zusammenhang** zwischen dem **chronischen Distress** (als psychosozialer Risikofaktor) und den **klassischen Risikofaktoren** besteht im Übrigen insoweit, als chronischer Distress verhaltenssteuernde Wirkung hat; ein nach konventioneller Sichtweise unvernünftiges Verhalten ist u.U. eine sozial legitimierte Bewältigungsstrategie wie z.B. Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum und bestimmte Ernährungsgewohnheiten[13]. Zu ähnlichen Ergebnissen führen **Untersuchungen**, in denen eine Anhebung des Cholesterinspiegels durch typische physische und psychische Stresssituationen nachgewiesen worden ist; ähnliches gilt auch für einen zumindest plausiblen Zusammenhang zwischen quantitativer und qualitativer **Arbeitsbelastung** und **Zigarettenrauchen**[14].

6.2 Verhältnisprävention

Die gesundheitsrelevante Prävention beschränkt sich nicht allein auf die unmittelbare Steuerung des persönlichen Verhaltens der (jeweiligen) Ziel-Personen. Vielmehr geht es der Prävention auch darum, die **Umgebung** der **Ziel-Person** einzubeziehen. Umgebung ist dabei in einem weitesten Sinne zu verstehen; darunter fällt die **persönliche Umwelt**, z.B. in der Familie und der häuslichen Wohnung, im Urlaub und in der Freizeit; es fällt darunter die **berufliche Umwelt** und die dort befindlichen **Personen** (Kollegen, Mitarbeiter, Vorgesetzte, Auftraggeber, Kunden) und die gegenständlichen **Dinge** wie z.B. Arbeitsmittel und –geräte, räumliche und kleinklimatische Arbeitsbedingungen.

---

[10] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 39 mit zahlreichen Nachweisen auf die einschlägigen wissenschaftlichen Untersuchungen und Veröffentlichungen; Eberle, Leitfaden Prävention, 1990, S. 27 ff.

[11] vgl. dazu die vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung durchgeführte Studie, die zahlreiche Folgeerkrankungen nennt: fettreiche Ablagerungen in den Gefäßwänden, Herzkreislaufprobleme, Diabetes, Bluthochdruck, Atemwegserkrankungen, Knochen- und Gelenkschäden, Schlafmangel, Kopfschmerzen und Konzentrationsmängel wegen Sauerstoffmangels, vgl. Passauer Neue Presse, 1.5.1997, S. 4

[12] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 41 mit Hinweis auf Siegrist, 1986

[13] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 41 mit Hinweis auf Horn u.a., 1984, S. 23

[14] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., mit zahlreichen Nachweisen

Weiterhin lässt sich unter Umgebung auch noch das verstehen, was von der Begrifflichkeit des mittlerweile etablierten Rechtsgebietes **„Umweltrecht“** erfasst und dass von seinen anthropozentrischen Ansatz her den Menschen als den Mittelpunkt und den Ausgangspunkt von –mittlerweile in erheblichem „Umfang“ rechtlich geregelten – Bemühungen sieht, deren Ziel die **Verhütung von Gesundheitsbeeinträchtigungen** ist.

Schließlich kann man zur Umgebung des Menschen auch seine **soziale Situation** insoweit sehen, als damit die Möglichkeiten erfasst werden, - erstens – im **Arbeitsleben Einkommen** zu erzielen, hilfsweise durch soziale Geldleistungen den allgemeinen Lebensunterhalt zu bestreiten, und – zweitens – die geistigen sowie die **berufsnotwendigen Fähigkeiten** und Fertigkeiten auszubilden oder zu vervollkommnen (z.B. durch Fort- und Weiterbildung).

Die hier mit einigen Stichworten lediglich angedeutete „Umgebung“ des Menschen enthält auch **gesundheitsrelevante Risiken**; diesen Risiken sind die Menschen – die Ziel-Personen im Sinne eines umfassenden Präventionsansatzes – ausgesetzt.

Diese **Risikofaktoren** in ihrer **Gesamtheit** sind Gegenstand der sog. **Verhältnisprävention**; diesbezügliche Maßnahmen zielen darauf ab, diese Risiken in ihrer Wirkung auf den Menschen auszuschalten. Dabei wird man zu **unterscheiden** haben, ob sich **Menschen** diesbezüglich in einer gleichsam **hilfslosen Situation** befinden; das kann man bei gleichsam kurzfristiger und praktischer Betrachtungsweise z.B. wohl in Bezug auf Umwelteinflüsse wie Luft, Klima, Niederschläge, allgemeine natürliche Radioaktivität annehmen; gleiches gilt aber auch für die Situation eine Suchtkranken, insbesondere im Hinblick auf Drogen und Alkohol. Die **alternative** Entscheidungssituation besteht darin, dass eine realistische **Möglichkeit** besteht, die Ziel-Person unmittelbar dergestalt zu beeinflussen, dass sie aus eigener Entscheidung diesen **Umgebungs-Risiken ausweicht**; in diesem – letztgenannten – Fall besteht offensichtlich (auch) die Möglichkeit, den Wirkungen von Risikofaktoren durch Verhaltensprävention zu begegnen.

Die **Rechtsordnung**, die auf Verhältnisprävention mit Hilfe von und durch Rechtsnormen abzielt, muss sich auch diesbezüglich wiederum der **seinswissenschaftlich nachgewiesenen Zusammenhänge** vergewissern; einschlägige Hinweise dazu sind z.B. von Sozialmedizin und Sozialpsychologie zu erwarten. Darauf aufbauend ist zu überlegen und zu entscheiden, ob und inwieweit man die **Ziel-Person** (den **gefährdeten Bürger**), vor diesen Einflüssen (den “Umgebungs-Risiken“) **schützt**.

Die in der **Wirklichkeit** registrierte, durch entsprechende Untersuchungen aufgedeckte gesundheitsfördernde oder –beeinträchtigende **Kausalkette** kann dadurch unterbrochen werden, dass ein **Verbot** zur Schaffung dieser **Risiken** (z.B. Herstellung gesundheitsgefährdender Lebensmittel oder Bedarfsgegenstände[15] mit straf- und ordnungsrechtlicher Bewehrung[16]), normiert wird – insoweit kann man von Verhältnisprävention sprechen – **oder** dass **Einfluss auf** den **Bürger** genommen wird mit dem Ziel, den nachgewiesenen Risiken auszuweichen.

Man kann beide Vorgehensweisen miteinander verbinden; im Betäubungsmittelrecht ist das z.B. so geschehen, wobei die Einflussnahme auch auf die zu schützende Ziel-Person in strafrechtlicher Weise ausgestaltet ist[17].

Die nähere Betrachtung der tatsächlichen Gegebenheiten und der diesbezüglichen, vorhandenen verhältnis-präventiver Regelungen zeigt ein **mehrstufiges Geschehen** und entsprechende Regelungen auf den **verschiedenen Stufen der Verhältnisprävention**. Weiterhin erweisen sich die rechtlichen Rahmenbedingungen, und zwar in erster Linie die einschlägigen verfassungsrechtlichen Vorgehen in den **Grundrechten** und in den Grundsätzen des **Rechtsstaatsprinzips**, als Richtlinien, die dem Staat bei der Schaffung von Normen mit verhältnis-präventiver Zielsetzung (sowie der Normierung diesbezüglicher Befugnisse von Verwaltung und Rechtsprechung) verbindliche **Grenzen** setzen. Daraus resultiert unserem liberalen Verfassungsverständnis letztlich ein **Recht** – auch - **auf Krankheit und Kurierfreiheit**[18].

6.3 Prävention „im gestuften Verfahren“

Prävention aus dem Blickpunkt der **Verhältnis-Prävention** hat noch einen weiteren Aspekt: Die Risiko-Faktoren der Umgebung der zu schützenden Ziel-Personen stehen nicht selten, möglicherweise zumeist, am **Ende** einer **Kausalkette**. So ist die mit BSE-Erregern verseuchte Wurst ein Produkt am Ende einer Kette von (Produktions-)Vorgängen, die u.a. den Schlachtvorgang, die Tierfütterung, die Erzeugung von Tierfutter aus organischen Ab-

---

[15] vgl. dazu z.B. § 8 Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) – Verbote zum Schutz der Gesundheit
[16] vgl. §§ 51, 52 und 54, 55 LMBG
[17] vgl. § 29 BtMG, der praktisch jeglichen unerlaubten Kontakt mit Betäubungsmitteln unter Strafe stellt

fällen, also auch die Verwertung dieser Abfälle, als schadensverursachende oder gefahrenperpetuierende Glieder enthält.

Verhaltens-präventiv wäre es beispielsweise, die **Gefahr** durch diese Wurst abzuwenden durch eine Kauf- und Verzehrverbot; verhältnis-präventive Maßnahmen setzen (gleichsam rückwärts, von der zu schützenden Zielperson aus betrachtet) an bei einem Verkaufsverbot, Vorschriften für das Schlachten und die Fütterung bis zur Regelung der Verwertung organischer Abfälle.

Als weiteres **Beispiel** kann die **Gehörschädigung** durch Lärm bieten, die aus **verhaltenspräventiver Sicht** ein Verbot von Discolärm und nicht schallgeschützten Presslufthämmern beinhalten könnte; aus **verhältnis-präventiver** Sicht kämen Maßnahmen im Hinblick auf den Betrieb einer Disko bzw. die Herstellung von (schallgeminderten) Presslufthämmern in Frage.

Diese Beispiele zeigen, dass die verhaltens-präventive Sichtweise ein – abstrakt gesprochen – sehr weites Feld von Handlungsmöglichkeiten und diesbezüglicher staatlicher Verantwortlichkeit eröffnet[19]; gemeinsam ist allen diesen Möglichkeiten, dass sie – von der Ziel-Person her betrachtet – mittelbar-präventiv wirken, da es sich bei Betrachtung der den Gesundheitsschutz bewirkenden Kausalkette nur um jeweils ein Glied in dieser Kette handelt.

Festzuhalten ist jedenfalls, dass es sich hierbei – nach allgemeinem Verständnis – um Maßnahmen der **(Verhältnis-)Prävention** handelt, die demnach in die hier vorzunehmende Untersuchung einzubeziehen sind. Allerdings ist eine **Eingrenzung** dergestalt vorzunehmen, dass nur solche **Maßnahmen** in Betracht gezogen werden sollen, die ihrem Wesen nach als **„Leistungen“** qualifiziert werden können.

6.4 Verhältnisprävention als multifaktorielle Zielsetzung

Bei der Frage nach den tatsächlichen Voraussetzungen für eine wirksame Prävention ist zu bedenken, dass die **Gefährdung der Gesundheit** wohl nur in den wenigsten Fällen auf eine einzige Gefahrenquelle zurückgeführt werden kann. Demzufolge hat auch die Strate-

---

[18] im Sinn eines Anspruchs darauf, von Maßnahmen zum Schutz und zur Wiederherstellung von Gesundheit „verschont“ zu bleiben

gie zur Vermeidung von Gesundheitsbeeinträchtigungen die **verschiedenen Risiken** in analytisierender Weise zu erforschen; dies ist Aufgabe der einschlägigen Wissenschaftsbereiche. Die Steuerung der tatsächlichen Gegebenheit durch Rechtsnormen kommt nicht umhin, auf den Ergebnissen der Seinswissenschaften aufzubauen; sie ist in dieser Weise im Übrigen auch vom Selbstverständnis dieser Bereiche abhängig.

Soweit in jüngerer Zeit ein **gesamtheitlicher Ansatz** bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit gefordert wird[20] – in gewisser Abkehr zu eher mechanistischen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit -, steht das **nicht** im **Gegensatz** zu dem **medizinischen Spezialistentum**, das Ergebnis einer modernen naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin ist. Die Erkenntnisgewinnung wird auch weiterhin auf dem Wege u.U. noch zunehmender Spezialisierung stattfinden. Das daraus resultierende **Problem** liegt in einer Vernachlässigung der **Gesamtschau** des Menschen und somit der sinnvollen Zusammenführung beispielsweise auch bereichsspezifischer medizinischer Erkenntnisse im Einzelfall.

Für die Frage einer **wirksamen Präventionsstrategie** – in tatsächlicher Hinsicht und im Hinblick auf entsprechende rechtliche Regelungen - folgt daraus, dass neben der analytisch orientierten Betrachtungsweise im Bereich sowohl der Tatsachen als auch des Rechts zugleich eine **summarisch-integrierende Bewertung** von gesundheitlichen **Gefährdungslagen** stattzufinden hat; auch unter diesem Gesichtspunkt sind die vorhandenen Regelungen mit präventivem Gehalt auf Wirksamkeit und Vollständigkeit, also auch auf Ergänzungsbedürftigkeit hin, zu überprüfen.

II. Zwischenergebnisse

Rechtliche Regelungen, mit denen einen **zielführende Prävention** bewirkt werden soll, können nur insoweit als sinnvoll und vernünftig bewertet werden, als die damit erstrebte Steuerung menschlichen Verhaltens letztlich stets die **Unterbrechung** eines **Kausalzusammenhangs** mit **potentiellen Gesundheitsbeeinträchtigungen** bewirken kann. Ob ein derartiger Kausalzusammenhang gegeben ist und ob eine auf rechtlichen Regelungen beru-

---

[19] vgl. dazu Seewald/Plute, S. 108 - 110

[20] vgl. z.B. M. Fröschl, Gesund-Sein. Integrative Gesund-Sein-Förderung als Ansatz für Pflege, soziale Arbeit und Medizin, 2000

hende Intervention – gleichsam die Durchbrechung oder Korrektur von Wirkungszusammenhängen – gelingen kann, das sind vorrechtliche Fragen, auf die Antworten von dem dafür zuständigen Seins-Wissenschaften (Medizin, insbes. Sozialmedizin, Epidemiologie, auch Soziologie und Psychologie) gegeben werden müssen.

Für die gesundheitsbezogene Vorsorge kommen als **Steuerungsinstrumente** Gebote und **Verbote** (z.B. im Bereich der Unfallverhütung der gesetzlichen Unfallversicherung), Leistungen (insb. in der gesetzlichen Krankenversicherung), **Sanktionen** (z.B. Leistungsversagung bei fehlender Mitwirkung), aber auch **Anreize** zu gesundheitsförderndem Verhalten, u.U. verbunden mit Belohnungen, in Betracht.

Wie jedes Gesetz müssen auch **Rechtsnormen** mit präventiver Zielsetzung und präventiv wirkenden Regelungsgehalten über bestimmte **Strukturmerkmale** verfügen, ohne die der Zweck eines jeden Gesetzes – die rechtliche Erfassung und Regelung eines Sachverhalts, im Verwaltungsrecht durch „Einschaltung" von Verwaltungsbehörden und dadurch die Bewirkung von Gesetzesvollzug – nicht möglich ist.

Im Einzelnen müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- Ein Gesetz muss in seinem **Tatbestand** den Lebens-Sachverhalt erfassen, der geregelt, also durch Anordnungen (Gebote, Verbote, sonstige Verfügungen), Anreize, Belohnungen, Sanktionen oder Leistungen beeinflusst werden soll – im Bereich gesundheitsrelevanter Prävention zugunsten der Gesundheit.

- Es muss bestimmt sein, wer **Adressat** der Regelung (z.B. Betroffener eines Gebotes oder Begünstigter einer Leistung) ist. Das ist bei Bestimmungen mit **verhaltenspräventiver Zielsetzung** die letztlich in ihrer Gesundheit – vorsorglich – zu begünstigende **Ziel-Person** selbst, also z.B. das Kind, der Versicherte, der im Beruf Stehende, der von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer, der Arbeitslose, der Jugendliche, Erwachsene, der alte oder der behinderte Mensch.

  Soweit es um **Verhältnisprävention** geht, sind die in der (im weitesten Sinne verstandenen) **Umgebung** der Ziel-Person agierenden Menschen Adressaten der Rechtsnormen. Dabei sind wohl zwei grundsätzlich voneinander zu trennende **Konstellationen** denkbar: Zum einen kann es sich um **Adressaten** handeln, die **Risikofaktoren** für die Zielperson (und deren gesundheitliche Verfassung) oder Einfluss auf solche Risikofaktoren haben; Beispiele hierfür sind die Unternehmer, weiterhin auch die betriebli-

chen Sicherheitsbeauftragten[21], aber auch Eltern, die nicht über die notwendige Erziehungskraft im Hinblick auf ihre Kinder verfügen.

Zum anderen sind es **Dritte**, die nicht Risikofaktoren sind, sondern die als Mittler im Hinblick auf ein gesundheitsförderndes Verhalten der Ziel-Person in Frage kommen; ein derartiges gesetzlich erwünschtes Tätigwerden dieser Art von „personeller Umgebung" dürfte in der Regel nur durch Leistungen, Anreize, Vergünstigungen und Anerkennung erreichbar sein; Beispiele hierfür sind die Teilnehmer funktionierender sozialer Gruppen (z.B. Familien, Sport- und Feuerwehrvereine) und Ehrenamtliche in den zahlreichen vorhandenen Organisationen.

Fraglich ist, ob man zu den Adressaten verhältnis-präventionsrelevanter Normen auch noch diejenigen **Institutionen** zählen kann, denen aufgegeben ist, gleichsam eigenhändig – oder durch Dritte („Leistungserbringer" im Präventionsbereich) – **Vorsorge** zugunsten der Gesundheit von Ziel-Personen zu erbringen; Beispiele hierfür sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie durch eigenes Personal Vorsorge bei ihren Versicherten betreiben.

Diese Frage kann insoweit bejaht werden, als damit unmittelbar eine **Beeinflussung der „Umgebung"**, also z.B. der Umwelt- und Arbeitsplatzfaktoren (mit ihrem gesundheitsgefährdenden Potential) stattfindet; soweit die **Ziel-Person unmittelbar „betroffen"** ist (Beispiele: Rückenschule, Ausdauerschwimmen), handelt es sich um Verhaltensprävention.

Diese Überlegungen zeigen vor allem auch Folgendes: **Präventive Auswirkungen** auf die Gesundheit kann einer Norm nur zuerkannt werden, wenn sie entweder eine unmittelbare Steuerung der **Ziel-Person** gestattet und/oder bewirkt **oder** wenn zumindest mittelbar dieser **Effekt nachweisbar** ist. Diese Feststellung ist ein Kriterium für die Analyse des vorhandenen Rechts; sie muss auch ein Kriterium sein für Überlegungen zu neuem, ergänzendem Recht.

- Schließlich muss eine Präventionsnorm klare Rechtsfolgen festlegen, also deutlich machen, in welcher Weise auf die Ziel-Person oder Umgebungs-Person eingewirkt werden darf, soll oder muss.

[21] vgl. §§ 21, 22 SGB VII

III. Prävention als Organisationsproblem

Gesundheitsrelevante Prävention ist ein Feld von (denkbaren) Maßnahmen und Tätigkeiten, das als **nahezu unbegrenzt** erscheinen muss. Das ist unmittelbar einsichtig (und deshalb nicht näher erklärungsbedürftig) und resultiert daraus, dass – einerseits – mit Begriff und Gegenstand der (menschlichen) **Gesundheit** nach der bekannten **WHO-Formulierung** der „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“[22] verstanden wird. Das ist sehr weitgehend, aber zumindest im Bereich der **Politik** durchaus **Ausgangspunkt der Überlegungen**[23]; weiterhin ist – andererseits – eine so verstandene Gesundheit einer **kaum überschaubaren Vielzahl von Gefährdungen** (auch Beeinträchtigungen) ausgesetzt, wenn man nicht nur die unmittelbaren Risikofaktoren, sondern auch mittelbar – also mehr oder weniger weit „entfernte“ – Risikofaktoren in eine diesbezügliche Betrachtung einbezieht.

1. Idealistischer oder pragmatischer Ansatz

Idealerweise wäre bei einem wohl notwendigerweise anthropozentrischen Ansatz einer sinnvollen, wirksamen Präventionsstrategie die **Gesamtheit** der auf den Menschen unmittelbar und mittelbar Einfluss nehmenden gesundheitsschädlichen **Risikofaktoren** ins Auge zu fassen mit dem **Ziel** ihrer **Eliminierung**. Es gibt eine Reihe von tatsächlichen, aber auch **rechtlichen Bedenken**, die eine solche idealtypische Zielsetzung und eine entsprechende praktische Vorgehensweise „in Reinkultur“ nicht zulassen; diesen Bedenken soll hier nicht nachgegangen werden; es kann aber unterstellt werden – und davon ist im Folgenden auszugehen -, dass ein hohes Maß an Prävention unter allen in Frage kommenden Gesichtspunkten tatsächlich und auch rechtlich unbedenklich durchgesetzt werden kann.

Ein anderes **Problem** ist nachfolgend zu erörtern, nämlich die offensichtliche Notwendigkeit, die **Präventionsansätze**, -maßnahmen und –möglichkeiten einerseits auf **verschiedene Aktionsbereiche** aufzuteilen, andererseits aber einen insgesamt integrativen Ansatz im Sinne eines ganzheitlichen, alle Gefährdungslagen mit allen feststellbaren und beeinfluss-

---

[22] „Health is a state of complete physical, neutral and social wellness and not merely the absence of disease or infirmity“

[23] vgl. bereits Seewald, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, S. 14 ff., 33

baren Interdependenzen berücksichtigende Strategie zu verfolgen. Hierbei handelt es sich um ein organisatorisches Problem.

Die aus verschiedenen **Lebensbereichen** stammenden **Gefährdungslagen** und Einflussmöglichkeiten müssen letztlich **getrennt ermittelt** und auf ihre Steuerungsfähigkeit hin untersucht werden; darauf aufbauend lässt sich über die sinnvolle und wirksame Gestaltung staatlicher oder staatlich vermittelter „Anteilnahme" am Präventionsgeschehen nachdenken.

Nun finden solche **Überlegungen** praktisch nicht „auf der grünen Wiese", also gleichsam fernab von den **gewachsenen Strukturen in Gesellschaft und Staat** statt. Gleichwohl sind idealtypische Überlegungen nicht überflüssig, sondern prinzipiell durchaus wünschenswert; denn andernfalls würde es schlicht an Vorstellungen fehlen, an denen man eine Bewertung der derzeitigen Gegebenheiten und eine Orientierung für die Zukunft vornehmen kann.

Pragmatisch (im Sinne einer Bezugnahme auf die derzeit in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen Gegebenheiten) liegt es nahe, die **historisch entwickelten politischen Handlungsfelder des Staates** und die sich daraus ergebenden Politik- und auch Rechtsbereiche zumindest zum Ausgangspunkt auch von umfassenden Strategien mit präventiven Zielsetzungen zu machen. Auf diese Weise gelangt man zu **bereichsspezifischen Regelungen**, z.B. zum Recht der gesetzlichen **Unfallversicherung** mit seinem traditionellen präventiven Auftrag und entsprechenden Befugnissen, neuerdings auch zu Regelungen in der gesetzlichen **Krankenversicherung**[24], zum **Sozialhilferecht**[25], das im Präventionsbereich traditionell – erstaunlicherweise – weitergehender als das KV-Recht[26] ist, überdies zu weiten Bereichen des Verwaltungsrechts, das z.B. traditionell im allgemeinen und besonderen **Gewerberecht** (mit spezifischen Schutzvorschriften) und neuerdings in den Bereichen des **Umweltschutz(-verwaltungs)rechts**, mit seinen anthropozentrischen und auf die Gesundheit des Menschen und dem Schutz seiner natürlichen Lebensgrundlagen abzielenden Ansätzen und Strategien unübersehbar-offensichtlich präventiv angelegt ist[27].

---

[24] ausgeprägt seit dem GRG v. 20.12.1988, als SGB V m.W.v. 1.1.1998 in Kraft getreten, mit der Schaffung des seinerzeitigen § 20 SGB V (in seiner ersten Fassung) mit seinen weit gefassten Vorgaben zur „Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung"

[25] grundsätzlich „angekoppelt" an das Recht der GKV, vgl. § 37 Abs. 2 S. 2 BSHG

[26] vgl. § 36 BSHG – „Vorbeugende Gesundheitshilfe"

[27] vgl. dazu aus jüngerer Zeit auch die zurückhaltend-programmatische Verfassungsregelung in Art. 20a GG – „Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen" ... „in Verantwortung für die künftigen Generationen"

Die Überlegungen in dieser **Studie** folgen einem derartigen pragmatischen Ansatz. Mit einer Analyse und Bewertung der derzeitigen Regelung auf ihren präventiven Gehalt hin begibt man sich gedanklich notwendigerweise auch in die gewachsene staatliche Organisationsstruktur und deren **Teilbereiche** mit ihrem **spezifischen Selbstverständnis**, das im Wesentlichen auch durch die diesbezüglichen rechtlichen Regelungen geprägt, auch begrenzt ist. Diese beschränkte Sichtweise ist wohl unumgänglich; man darf dabei jedoch nicht übersehen, dass damit eine Einbindung von **„partiellen" Präventionsüberlegungen** und –strategien in umfassendere Zusammenhänge (zunächst) gedanklich ausgeklammert bleibt.

Vor allem darf diese Vorgehensweise nicht außer Acht lassen, dass **in anderen Politik- und Rechtsbereichen Zielsetzungen** gegeben sind, die **u.U. kontraproduktiv** im Hinblick auf gesundheitsbezogene Prävention sind. Ein Beispiel hierfür ist volkswirtschaftlich wohl begrüßenswerte Produktion auch ungesunder Nahrungsmittel[28] und ein möglichst ungezügelter Verzehr von (an sich gesundheitlich unbedenklichen) Lebensmitteln.

2. Entwicklung der Prävention im Sozialversicherungsrecht

Die **vorhandenen Regelungen** mit präventivem Gehalt sind wahrscheinlich stets im Kontext in einem bestimmten Politik- und Rechtsbereich zu sehen. Zustandekommen und Umfang dieser Regelungen sind historisch bedingt; sie sind eingebettet in die allgemeine Aufgabenzuweisung des jeweiligen Ressorts. Die aktuelle – auch organisationsrechtliche – **Problematik** ergibt sich daraus, dass – mit Ausnahme des Unfallversicherungs- und des Sozialhilferechts – **Regelungen präventiven Charakters als Ergänzungen der traditionellen Vorschriften** entstanden sind. Das lässt sich für den Bereich des Sozialversicherungsrechts zeigen.

[28] hierfür gibt es eine Vielzahl von Beispielen

3. Organisatorisch bedingte Unterschiede im Leistungsbereich

In diesem Bereich sind verhältnismäßig klar die Anlässe für Leistungen aus den Teilbereichen (die sog. **Versicherungsfälle** oder **Leistungsfälle**) geregelt. Bereits bei der Frage der Leistungsverpflichtung entstehen gleichwohl die bekannten Probleme der Abgrenzung der **Zuständigkeit** des Sozialleistungsträgers. Die Festlegung diesbezüglicher Verantwortlichkeiten ist notwendig zur **Vermeidung von Doppelleistungen** (z.B. bei Geldleistungen oder Kuren) und zur Bestimmung der insoweit und jeweils finanziell in die Pflicht genommene Versicherten-(„Solidar"-)Gemeinschaft; dies sind bekanntlich im Bereich der GKV Beschäftigte und ihre Arbeitgeber grundsätzlich zu gleichen Anteilen[29], während im Bereich der gesetzlichen UV die Unternehmer die – im Übrigen nach anderen, nämlich auch risikobezogenen Kriterien berechneten – Beiträge allein tragen[30].

Zudem ist der – rechtlich angeordnete und auch tatsächlich umgesetzte – **Leistungsmaßstab** unterschiedlich; in abstrakt-genereller Form geschieht das im **GKV-Recht** durch die Begrenzung der Leistungen auf das **Ausreichende und Notwendige**[31], während die **gesetzliche UV „mit allen geeigneten Mitteln"** leisten muss; dieses Gebot gilt im Übrigen ganz allgemein, also sowohl für die Leistungen der medizinischen und der früher sog. beruflichen Rehabilitation, nunmehr der „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben"[32] und vor allem auch im gesamten Bereich der **Prävention**[33].

Weiterhin sind in **speziellen Regelungen** der Bereiche des Sozialversicherungsrechts unterschiedliche Leistungen und Leistungsstandards festgelegt[34], so dass die Zuordnung eines Leistungsfalls zu dem einen oder anderen Versicherungs-/Leistungsträger auch praktisch von erheblicher Bedeutung ist.

---

[29] vgl. die Regelungen zur Tragung der GKV-Beiträge in §§ 249 ff. SGB V
[30] vgl. dazu §§ 150, 151 – „Beitragspflicht" und §§ 152 – 163 – „Beitragshöhe"
[31] vgl. z.B. § 12 Abs. 1, § 70 Abs. 1 S. 2 SGB V
[32] vgl. § 35 i.V.m. § 1 Nr. 2 SGB VII
[33] vgl. §§ 14 – 25, insb. § 14 Abs. 1 SGB VII
[34] dabei sind nicht zuletzt auch die normativen Bestimmungen des abgeleiteten Rechts, z.B. die Richtlinie gem. § 92 SGB V, einzubeziehen

4. Multifaktorieller Ansatz

Eine gleichartige Problematik ergibt sich angesichts der Einbeziehung der **Prävention** in die Bereiche z.B. des **Sozialversicherungsrechts**; auch hier ist an sich durch auch organisationsrechtlich bedeutsame Vorschriften festzulegen, unter welchen Voraussetzungen, wem gegenüber, in welchem Umfang und zu Lasten welcher Solidargemeinschaft Präventionsleistungen erbracht werden.

Die diesbezüglich anzustellende Ausgangsüberlegung ist nahezu trivial: **Ziel-Personen**, und zwar einzelne Personen, aber **auch Personengruppen**, sollen hinsichtlich der Risiken, die für jedermann bestehen sowie zuzüglich im Hinblick auf Risiken, die zusätzlich bei diesen Personen oder Personengruppen bestehen, **optimal „vorsorglich versorgt"** werden, als mit Maßnahmen präventiven Gehalts bedacht werden. Es dürfte zweckmäßig sein, die organisatorischen Probleme einer **erfolgsoptimierten Präventionsstrategie** von den Präventionskategorien her, also differenzierend nach allgemeinen und besonderen **Risikofaktoren**, anzugehen.

Zu den nach diesem Verständnis **„allgemeinen"**, im Prinzip sämtlichen Menschen drohenden **Risikofaktoren** zählen z.B. Umwelteinflüsse, denen praktisch jedermann ausgesetzt ist und vor allem Defizite wegen ungesunden Nahrungsmitteln und/oder schädlichen Ernährungsgewohnheiten, aber auch Mängel in der gesundheitsbezogenen Prophylaxe bestimmter Körperregionen, z.B. Mund-Zahn-Bereich, Bewegungsapparat, Körperhygiene, psychische/seelische Wohlbefindens-Mängel.

Besondere, **spezielle Risikofaktoren** sind z.B. diejenigen, die aus der Arbeits(um)welt, dem Arbeitsplatz und seinen Bedingungen und den dortigen psycho-sozialen Gegebenheiten resultieren; vor allem sind aber auch diejenigen Gefährdungspotentiale in diese Kategorie zu nehmen, die anlagebedingt sind oder die sich aufgrund einer – insbesondere chronischen – Erkrankung oder eines Unfallereignisses zu einem verbleibenden Schaden entwickelt haben, der **seinerseits** eine **Gefährdungsquelle** für – mindestens – eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes ist oder einen – absehbaren, wahrscheinlichen – „Folge-Schaden" bewirken kann[35].

[35] z.B. die vielfältigen möglichen Folgen einer Berufskrankheit

5. Schlussfolgerungen. Vorschlag

Nimmt man bei Überlegungen zu einer optimal organisierten gesundheitsbezogenen Prävention diese Überlegungen zum Ausgangspunkt und berücksichtigt man zugleich die Tatsache, dass im **gegliederten System** der sozialen Sicherung mit seinen verschiedenen Regelungsbereichen **Prävention** eine mehr oder weniger ausgeprägte Rolle spielt, dann ergeben sich zwei gedanklich aufeinander folgende **Überlegungen**; und diese beiden Überlegungen sind sowohl der Analyse der bestehenden Regelungen zu Grunde zu legen als auch bei der Frage nach einer zukünftigen, optimierten Präventionsstrategie, die – aus organisatorischer Sicht – durchaus pragmatisch ansetzend die bisherigen „gewachsenen" Strukturen der Ordnung von Politik und Recht berücksichtigt und demzufolge zu regelungsübergreifenden, die bisherigen Systembestandteile der sozialen Sicherung unter dem Aspekt der gesundheitsbezogenen Prävention verbindenden Lösungen kommen muss.

Der gleichsam **erste Schritt** in diesem Konzept hat in den einzelnen Regelungsbereichen des Rechts der sozialen Sicherung anzusetzen und jeweils zu untersuchen, welcher **Personenkreis** administrativ-rechtlich erfasst wird (z.B. die in der GKV oder bei einem Versicherungsträger erfassten Personen), unter welchen Voraussetzungen die das versicherungsrechtliche Grundverhältnis oder das sog. allgemeine Staat-Bürger-Verhältnis (früher sog. allgemeines Gewaltverhältnis) ausmachenden Beziehungen intensiviert werden (z.B. bei Eintritt eines Versicherungsfalles der GKV, bei Verlust des Arbeitsplatzes im Arbeitsförderungsrecht, bei Minderung der Erwerbsfähigkeit im Unfall- oder Rentenversicherungsrecht), welche **Präventionsleistungen** – und zwar in quantitativer sowie in qualitativer Hinsicht – erbracht werden, ob diese gleichsam jeweils bereichsspezifischen Leistungen bereits optimal gestaltet sind und ob es (ggf. welche) **„regelungsimmanente" Verbesserungsmöglichkeiten** gibt.

Im **zweiten Schritt** ist eine Gesamtschau vorzunehmen, bei der wiederum eine Reihe von Fragen zu beantworten ist: Welche **Personen** oder Personengruppen werden entweder **nicht** oder aber unzureichend **(sub-optimal)** von sinnvollen, d.h. an sich notwendigen Präventionsregelungen **erfasst**; werden **Personen mehrfach erfasst** – das führt zur daran anschließenden Frage nach einer (organisatorischen) Lösung einer solchen Kollisionslage;

bestehen **Ungleichheiten** in der präventiven Versorgung und in welche Richtung sind derartige Disparitäten aufzulösen[36].

Und wenn man eine künftige Reglung mit dem Ziel einer **Verklammerung** der – möglicherweise jeweils verbesserungsbedürftigen, eventuell auch angeglichenen - Präventsfelder der einzelnen Regelungsbereiche – ins Auge fasst, so stellt sich die Frage, ob diese Verklammerung (nur) **inhaltlicher Art** sein soll, sich also auf die materiell-rechtlichen Vorschriften mit präventivem Gehalt beziehen soll, **oder** ob – wie es in vergleichbaren Regelungen üblich ist[37] – **(auch) organisatorische Regelungen** geschaffen werden (Zuständigkeit, Zusammenarbeit), mit denen die Probleme gelöst werden, die sich aus dem (gewachsenen) Nebeneinander der bisherigen sozialrechtlichen Regelungskomplexe ergeben.

Schließlich ist zu bedenken, dass das Nebeneinander von Sozialleistungsträgern und zahlreiche Überschneidungen im Bereich beispielsweise der Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation auch unter **Finanzierungsgesichtspunkten Gerechtigkeitsprobleme** und damit rechtlichen Regelungsbedarf mit sich bringt.

Die Verhinderung und Früherkennung von Diabetes beispielsweise entlastet nicht nur den einzelnen KV-Träger oder die GKV[38], sondern prinzipiell auch die Arbeitsverwaltung[39] sowie die RV-Träger[40], u.U. auch die Sozialhilfe-Träger.

IV. Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention

Der Begriff der Prävention ist wie folgt klarzustellen. Dabei ist vorauszuschicken, dass ein **völlig einheitliches Verständnis** über die Bereiche hinweg, die sich mit Prävention befassen – nämlich insbesondere Medizin, Soziologie und Politologie sowie die Rechtswissenschaft einschließlich der Gesetzgebungslehre – **nicht vorhanden** ist.

In diesem Bericht soll der Terminologie gefolgt werden, die im Bereich der Seinswissenschaften **(Medizin und Gesellschaftswissenschaften)** entwickelt worden ist; diese Vorge-

---

[36] z.B. in Richtung auf eine Meistbegünstigung hinsichtlich präventiver Leistungen
[37] vgl. die Vorschriften des SGB IX
[38] im Falle eines Finanz- und Risikostrukturausgleichs
[39] im Falle einer krankheitsbedingten Kündigung
[40] Vermeidung von Minderung der Erwerbstätigkeit mit Renten-Anspruch

hensweise beruht auf der Überzeugung, dass sich auch in diesem Bereich gesundheitsbezogener Prävention Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (dazu gehört auch die Tätigkeit des **Gesetzgebers**) in der Erfassung und **Lebenssachverhalten** (in der Gesetzgebung geschieht das durch die abstrakt-generelle Regelung in einem gesetzlichen Tatbestand) an der Ordnung **orientieren**, die im Bereich der Tatsachen von den dort tätigen **Fachwissenschaftlern** erkannt worden ist.

Diese Feststellung schließt selbstverständlich nicht aus, dass die Zielsetzung des **Rechts**, nämlich (allgemein gesagt) **Einfluss auf menschliches Verhalten** zu nehmen oder zu ermöglichen, auch um in gewisser Weise ein gleichsam natürliches Verhalten zu ändern, davon unberührt bleibt.

Im Allgemeinen – „vor-juristischen" – Sprachgebrauch stellt sich Prävention also folgendermaßen dar.

1. Primär-Prävention

1.1 Begriffliches

Die sogenannte Primärprävention will bekanntlich - von ihrer Zielsetzung her - der **Entstehung von Krankheiten** zuvorkommen, will also das Entstehen von Krankheiten verhindern. Erreicht werden soll dieses Ziel hauptsächlich durch die Beseitigung von Risikofaktoren wie z.B. Rauchen, ungünstige Ernährung, Bewegungsmangel.

Im Hinblick auf die Ebene der präventiven Maßnahmen und Interventionen zielt die **individuelle Prävention** mit Aufklärung, Erziehung und Information letztlich auf eine Verhaltensänderung ab; die strukturelle Primärprävention geht z.B. in den Bereich der Jugendpolitik oder der Werbeverbote; auch die Beseitigung von Risikofaktoren in der Lebens- und Arbeitsumwelt wird - als Teilaktivität der Primärprävention - dieser strukturellen Prävention zugeordnet[41].

[41] Hauß, Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung. Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen, 1985, S. 9

Allgemein lässt sich zur Primärprävention sagen, dass diese **langfristig angelegt** ist und - so jedenfalls das traditionelle Verständnis - in einer möglichst frühen Lebensphase einsetzen sollte.

Die Entstehungsbereiche der **gesundheitsgefährdenden Faktoren**, auf die sich präventive Maßnahmen auswirken sollen, liegen in verschiedenen Bereichen: biologische Umwelt, soziale Umwelt, Arbeits(um)welt, persönlicher Lebensstil. Dementsprechend werden bekanntlich Maßnahmen der Prävention - bezogen auf die Risikofelder - unterteilt in solche der sogenannten Verhältnisprävention sowie der „Verhaltensprävention"; in beiden Präventionsbereichen ist Primär-Prävention möglich.

1.2 Das Problem des Wirksamkeitsnachweises

Ein **Problem** der Primärprävention ist der Nachweis ihrer **Wirksamkeit**; dieser ist oft - und vor allem im Einzelfall - nur schwer und nicht immer zweifelsfrei zu erbringen. Diese Schwierigkeiten lassen sich wie folgt kategorisieren: Erstens - der Natur der Sache nach kann Primärprävention nicht unmittelbare und **kurzfristige Wirkungen** zeitigen; dies bedarf wohl keiner näheren Erläuterung.

Zweitens - die **Entstehung** einer **Krankheit** ist praktisch **wohl niemals monokausal** zu deuten. Das heißt, dass auch das Ausbleiben einer Krankheit bei einer einzelnen Person nur selten auf die gelungene Einwirkung auf einen oder mehrere Risikofaktoren zurückgeführt werden kann. Das schließt freilich nicht aus, dass man mit entsprechenden statistischen Methoden zu epidemiologischen Erkenntnissen gelangt, die auch einen nach Wissenschaftskriterien verlässlichen Nachweis der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen belegen[42].

Sicherheit besteht hinsichtlich eindeutiger **Zusammenhänge** und der Möglichkeit einer entsprechenden Primärprävention z.B. bei einigen Tumoren, beispielsweise im Hinblick auf Asbest für den Lungenkrebs, Alkohol für Mundbodenkarzinome und Sonnenstrahlexpositionen für einige Hauttumore[43]. Auch für die Bekämpfung des Übergewichts von Kindern ist eine Therapie offensichtlich möglich, nämlich durch eine Kombination von Aufklärung und Diätberatung, Körpertraining und Verringerung des Fernsehkonsums.

---

[42] vgl. Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 41 - 43

1.3 Prävention und Wirtschaftlichkeit

Auf noch größere Schwierigkeiten als die Feststellung der Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen stößt die Beantwortung der Frage, ob, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen präventive Maßnahmen aus **wirtschaftlicher Betrachtungsweise**[44] als sinnvoll und auch als erforderlich - im Sinne der kostengünstigeren Alternative zu kurativen Maßnahmen - bewertet werden können. Im wissenschaftlichen Schrifttum wird auf die Schwierigkeit derartiger Feststellungen hingewiesen; das trifft selbstverständlich für die Bewertung eines **Einzelfalls** zu. Aber auch die **makro-ökonomische Bewertung der Prävention** bereitet aus wissenschaftlich-methodologischer Sicht offensichtlich große Probleme; beispielsweise sind offenbar einer monetären Bewertung des Nutzens der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten sachliche Grenzen gesetzt[45].

In diesem Zusammenhang sei allerdings auch darauf hingewiesen, dass sich dieses **Problem** in grundsätzlich gleicher Weise **auch im Bereich gesundheitlicher Kuration** stellt, hier jedoch bislang möglicherweise nicht in gleicher Weise und sowohl unter qualitativen als auch unter quantitativen Gesichtspunkten kritisch diskutiert worden ist.

1.4 Definition des Gesetzgebers

Das soeben geschilderte Verständnis von Primär-Prävention ist für den **Gesetzgeber** nicht bindend; er kann eine **eigene Begrifflichkeit** definitiv festlegen – und er hat das auch getan und damit spezifische, im Übrigen weitergehende rechtliche Bindungen im Hinblick auf Maßnahmen der primären Prävention festgelegt; das zeigt die zurzeit geltende Regelung in § 20 SGB V.

In der **ersten Fassung des § 20 SGB V**[46] lautete die Überschrift zum 3.Kap., 3.Abschnitt SGB V „Leistungen zur **Förderung** der **Gesundheit** und zur **Verhütung** von **Krankheiten**“; § 20 SGB V selbst (i.d.F. des GRG) war dementsprechend betitelt mit „Gesundheitsförderung. Krankheitsverhütung“. Diese Terminologie und die darin zum Ausdruck kommenden Regelungsziele entsprechen der Vorstellung vom Begriff und Ziel **primärer Prä-**

---

[43] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 45
[44] und hierbei handelt es sich um einen rechtlich relevanten Maßstab, vgl. z.B. § 2 Abs. 1 SGB V, § 69 Abs. 2 SGB IV
[45] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S.45 mit Hinweis auf Henke, 1986

vention als „Krankheitsverhütung“, also Maßnahmen, mit denen vorsorglich das Auftreten einer Krankheit vermieden, also verhindert werden soll; deutlich wird das in § 20 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 3 S. 1 – hinsichtlich „Erhaltung ... der Gesundheit und ... Verhütung von Krankheiten“; Abs. 4 S. 1 – hinsichtlich Krankheitsverhütung, alles SGB V (i.d.F. des GRG). **„Gesundheitsförderung“** musste demgegenüber als eine Bezeichnung für Maßnahmen gedacht werden, die auf Sachverhalte zutrifft, bei denen die Gesundheit nicht beeinträchtigt und auch noch nicht einmal gefährdet ist; diese Vorstellung und Zielsetzung korrespondiert mit den in **§ 1 S. 1 SGB V**[47] den Krankenkassen übertragenen Aufgaben, den „Gesundheitszustand (ihrer Versicherten) zu bessern.

Bezogen auf einen konkreten Fall, also eine **einzelne Person**, kann diese „Gesundheitsförderung“ offenbar nur schwer umgesetzt werden. Vorstellbar ist allenfalls, dass mit dieser Gesundheitsförderung die **Abwehr abstrakter Gefahren** gemeint ist – ähnlich wie im Sicherheits- und Ordnungsrecht, wo beispielsweise Rechtsverordnungen – also normative Maßnahmen der Sicherheitsbehörden – solchen Gefahren vorbeugen sollen, die aktuell-konkret nicht vorhanden sind, die jedoch nach den bisherigen Erfahrungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit immer wieder entstehen[48].

Im derzeit **geltenden Recht**[49] taucht der Begriff **„Gesundheitsförderung“** nicht mehr **isoliert** auf, insbesondere nicht in der Abschnitts-Überschrift oder dem §-Titel[50]; die „betriebliche Gesundheitsförderung“ erscheint in § 20 Abs. 2 S. 1 SGB V – sie kann durch Maßnahmen der Krankenkassen ergänzt werden, übrigens zusätzlich zur Zusammenarbeit bei der „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren[51]. Möglicherweise ist mit **Leistungen** zur **Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes**[52] dasselbe gemeint, was vormals unter Gesundheitsförderung verstanden werden sollte; gemeinsam mit Leistungen, die einen „Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesund-

---

[46] i.d.F. des GRG v. 20.12.1988, BGBl. I, S. 2477
[47] ebenfalls bereits i.d.F. des GRG, gleichlautend aber auch im geltenden Recht
[48] zum Begriff der „abstrakten Gefahr“ im Polizei- und Sicherheitsrecht vgl. z.B. Schenke, in: Steiner (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht, 6.Aufl. 1999, II Rdnr. 47, 327a
[49] § 20 SGB V i.d.F. des G. v. 22.12.1999, BGBl. I, S. 2626
[50] beseitigt wurde er durch G. v. 1.11.1996, BGBl. I, S. 1631
[51] vgl. § 20 Abs. 2 S. 2 SGB V
[52] § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V

heitschancen“ bringen, werden diesbezügliche Maßnahmen vom **Gesetzgeber** nunmehr ausdrücklich der **primären Prävention** zugeschlagen[53].

Die damit normativ angestrebte Verbesserung des „allgemeinen Gesundheitszustandes“ scheint damit über das hinauszugehen, was in der ersten Fassung als Ziel der Gesundheitsförderung verstanden wurde; man darf wohl annehmen, dass damit auch **Verhältnisprävention** durch KV-Träger ermöglicht werden soll, die vom Gesetz nunmehr als primärpräventive Maßnahmen definiert wird, dieser also zugeordnet wird.

1.5 Objektive und subjektive Rechtsbindung. Kritik

Diese Begrifflichkeit des geltenden **§ 20 SGB V** ist vor dem politisch und sozialmedizinisch motivierten Hindergrund zu verstehen, wonach eine Ergänzung der staatlichen oder staatlich veranlassten Aktivitäten im Hinblick auf eine denkbar **weit gefasste Verantwortung** für die **Gesundheit der Bürger**[54] besteht und offensichtlich – auch – im SGB V eingeführt werden sollte.

Dies ist allerdings ausdrücklich nur im Wege einer diesbezüglichen **Aufgabenzuweisung** geschehen, also einer **objektiv-rechtlichen Verpflichtung der KV-Träger**.

Hinsichtlich der subjektiv-rechtlichen Lage ist zu bemerken, dass Ansprüche nur auf solche Vorsorgemaßnahmen bestehen, bei denen es um primäre Prävention im wissenschaftlichen Sinn handelt; dies zeigen die Regelungen in §§ 22, 23, 24 sowie § 63 Abs. 2 SGB V deutlich.

Die **Terminologie** des § 20 – insb. Abs. 1 S. 2 SGB V – schafft ein **gesetzgeberisch-willkürliches, wissenschaftlich-unlogisches Verständnis** von „primärer Prävention“; die Begrifflichkeit des Gesetzgebers des § 20 SGB V i.d.F. des GRG ist insoweit klarer und vorzuziehen.

---

[53] vgl. § 20 Abs. 1 S. 1, S. 2 – „Primärprävention“

[54] verfassungsrechtlich wohl nach wie vor im Schutzauftrag des Staates aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, ggf. in Verbindung mit dem vom BVerfG als Bestandteil des Rechtsstaatsprinzips anerkannten „Untermaßverbots“ (vgl. BVerfGE 88, S. 203, 254 – Schwangerschaftsabbruch II) zu verorten, vgl. bereits Seewald, Gesundheit als Grundrecht. Grundrecht als Grundlage von Ansprüchen auf gesundheitsschützende staatliche Leistungen, 1982

2. Sekundär-Prävention. Leistungen mit sekundär-präventiven Gehalten

Die Sekundärprävention zielt bekanntlich auf eine möglichst **frühzeitige Erfassung von Symptomen** ab, die auf Krankheiten hinweisen; sie greift somit in bereits diagnostizierbare Risiko-Situationen ein und versucht, diese mit solchen Maßnahmen abzuwenden, mit denen derartige Gefahren beseitigt werden können (Frühbehandlung)[55]. Es geht dabei demnach um die Früherkennung von Krankheiten mit dem Versuch, durch die Vorverlegung der Diagnose die Heilungs- und Behandlungschancen von Krankheiten zu verbessern[56] sowie um anschließende Maßnahmen der „Frühbehandlung". Die Probleme auch dieser Art von Prävention sind im medizinisch-wissenschaftlichen Schrifttum ausführlich dargestellt; insoweit kann auf die Nachweise der Enquête-Kommission Strukturreform verwiesen werden.

Im Bericht der Enquête-Kommission Strukturreform wird auch das Problem der **Effektivität der Früherkennung** (mit anschließender Frühbehandlung) geschildert; auch auf Möglichkeiten der Verbesserung der Effektivität von Früherkennung wird - wiederum mit Nachweisen auf einschlägige wissenschaftliche Untersuchungen - hingewiesen.

Schließlich wird auch die **ökonomische Bewertung** von sekundärer Prävention (Früherkennungsmaßnahmen) einschließlich der dabei anzustellenden Überlegungen zur Effizienz im Bereich der sekundären Prävention dargestellt[57]. An dieser Stelle sollen die dort zitierten Ergebnisse entsprechender Untersuchungen aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie nicht im einzelnen wiedergegeben werden. Als besonders bemerkenswert sei jedoch hier erwähnt, dass für Maßnahmen der sekundären Prävention („Früherkennungs"-Maßnahmen) aussagefähige Daten und Vergleichsrechnungen vorliegen, aus denen sich der **wirtschaftliche Nutzen** sekundär-präventiver Maßnahmen **eindeutig** ergibt.

Das bedeutet folglich, dass auch aus finanzieller Sicht die günstigen Folgen erfolgreicher sekundär-präventiver Maßnahmen in Betracht gezogen werden können bei der Frage, wer im Falle sich überschneidender **Zuständigkeiten** vor- oder nachrangig zuständig sein soll.

---

[55] Gutzwiller/Hornung/Wydler, Präventivmedizin, in: Lexikon Medizin-Ethik-Recht (Hrsg. Eser u.a.), 1989, S. 827 ff., 830
[56] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 45
[57] Enquête-Kommission Strukturreform, aaO., S. 45 - 47

Schließlich ist im Hinblick auf die Frage des Vorliegens von Sekundär-Prävention Folgendes zu bedenken: Gleichsam der **„Normalfall“**, an den im Zusammenhang mit Sekundärprävention zu denken ist und den einschlägigen rechtlichen Regelungen zur Früherkennung zu Grunde liegt[58], sind Sachverhalte, in denen **Personen** – z.B. Versicherte in der gesetzlichen KV – **subjektiv gesund** sind, also keine Krankheitsanzeichen an sich bemerken, gleichwohl aber nach allen bisherigen Erfahrungen das Vorliegen einer Krankheit wahrscheinlich und nachweisbar ist. Sekundär-präventiv intendierte Normen haben diese Voraussetzungen zu berücksichtigen.

Daneben sind jedoch **Situationen** denkbar, und zwar möglicherweise in nicht seltenen Fällen, in denen **subjektiv Krankheitsanzeichen** vorliegen, deshalb ein Arzt wegen einer bestimmten vermuteten Krankheit aufgesucht wird und dass dieser eine andere oder eine **weitere Krankheit diagnostiziert** und eine diesbezügliche Heilbehandlung einleitet. Auch das kann man der Sache nach als (sekundär-präventive) Früherkennung (mit anschließender Frühbehandlung) bezeichnen; üblich ist das bislang allerdings – soweit ersichtlich – nicht. Gleichwohl sollte man – im Sinne einer insgesamt optimalen Ausgestaltung präventiver Handlungsmöglichkeiten – diesem Aspekt Aufmerksamkeit widmen etwa in der Weise, dass ein **krankheitsbedingter Arztbesuch Anlass für sekundär-präventive Maßnahmen** ist, die bei differenzialdiagnostischer Vorgehensweise ohnehin nahe liegen.

3. Tertiär-Prävention

3.1 Begriff. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

Unter „Tertiärprävention“ versteht man die Prävention von **Folgestörungen bestehender Krankheiten** und die **Rückfallprophylaxe**[59]. Damit wird eine Verbindung zur Kuration und Rehabilitation hergestellt. Allerdings sind diese Begriffe nicht gleichbedeutend.

Traditionell wird Folgendes gesagt: **Rehabilitation** hat insoweit **präventive Wirkungen**, als dadurch ein drohender akuter Krankheitsschub (oder Rückfall) oder eine drohende chronische Krankheit (Behinderung) vermieden werden soll. Zutreffend wird darauf hingewiesen, dass Rehabilitationsmaßnahmen insoweit auf den Bereich der Prävention „über-

[58] vgl. dazu im Einzelnen §§ 25, 26 SGB V

greifen“, als eine drohende Behinderung (also die Gefahr des Eintritts einer Behinderung) abgewendet werden soll[60]. Dieselbe Erwägung lässt sich offensichtlich auch im Hinblick auf Maßnahmen anstellen, die anlässlich von **Kuration** (Heilbehandlung) ohne die besonderen – zusätzlichen – Voraussetzungen (medizinischer) Rehabilitation getroffen werden. Auch in diesen Fällen geht es auch darum, nicht nur eine Krankheit zu „beseitigen“, sondern eine **Verschlimmerung**, auch eine **Behinderung** oder **Chronifizierung**, zu **verhüten** und allen denkbaren **Verschlechterungen** des Gesundheitszustandes **vorzubeugen**, die im jeweiligen Untersuchungszeitpunkt prognostiziert werden können. Auch insoweit lässt sich durchaus von einer **tertiär-präventiven** Zielverfolgung sprechen.

Schließlich ist auch zu bedenken, dass im Rahmen von Kuration und Rehabilitation sich zuweilen – und wohl notwendigerweise – auch gleichsam eigenständige **Risiken** erheben (z.B. durch **ärztliche Verrichtungen** und **Medikationen**); das sind erfahrungsgemäß ebenfalls sehr erhebliche Gefahrenpotentiale, deren Vermeidung oder Minimierung ein Anliegen optimaler Gesundheitsvorsorge sein sollte und angesichts ihres Charakters als **„Gefahrenabwehr“** ebenfalls als (tertiäre) **Prävention** klassifiziert werden kann.

Zur **Wirksamkeit** und **Wirtschaftlichkeit** ist Folgendes zu sagen: Aus dem Bereich der tertiären Prävention haben sich präventive **Schulungsprogramme** - z.B. bei Asthma - als nicht nur effizient erwiesen, sondern es konnten in der überwiegenden Zahl der Studien auch deutliche Nettoersparnisse nachgewiesen werden.

3.2 Verhältnis zur Rehabilitation nach dem SGB

Zur begrifflichen Klärung ist Folgendes zu ergänzen; damit soll zugleich eine Antwort auf die Frage gegeben werden, was im SGB unter Rehabilitation zu verstehen ist. Aus **§ 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V** mit dem Verweis auf §§ 27 – 52 SGB V folgt, dass **medizinische Rehabilitation** – geregelt **in §§ 40 – 43 SGB V** – ein **Teilbereich der „Behandlung einer Krankheit“** ist; Gleiches folgt aus § 107 Abs. 2 Nr. 1 b) i.V.m. Nr. 2 SGB V, wo offensichtlich (ausdrücklich) auch Maßnahmen, um „eine Krankheit zu heilen“, zur Rehabilitation gerechnet werden.

---

[59] Gutzwiller u.a., aaO., S. 830

In einem gewissen Gegensatz hierzu scheint **§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI** zu stehen, wonach **Rehabilitation erst im Anschluss an die Phase der akuten Behandlungsbedürftigkeit** einzusetzen scheint; zu bedenken ist freilich, dass Rehabilitation i.S.d. SGB VI von dem gleichlautenden Begriff des SGB V definitiv abweicht; denn angesichts des Zieles und der **spezifischen Aufgabe** der **rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitation**, nämlich die Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Beruf bzw. die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben[61], liegt eine RV-Reha-Leistung nicht vor, wenn die Maßnahme allein auf die Gesundung gerichtet ist, ohne dass Aussicht besteht, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen[62]; nach den Maßstäben des SGB V hingegen kann in einem solchen Fall sehr wohl eine KV-Reha-Maßnahme in Frage kommen und ein diesbezüglicher Anspruch bestehen.

Aufschluss verschafft auch ein anderer – rechtssystematischer – Zusammenhang. Die **Anspruchsvoraussetzungen** für eine **Reha-Maßnahme** nach dem SGB V ergeben sich neuerdings aus dem SGB IX, soweit nicht das SGB V davon abweichend – speziellere – Regelungen enthält[63]. Damit ist auch **Rehabilitation i.S.d. GKV** durch das **SGB IX** definiert; die begriffliche Ableitung hat somit aus § 2 Abs. 2 S. 1 SGB IX zu erfolgen; daran folgt, dass – auch die medizinische Rehabilitation einen Krankheitszustand voraussetzt, der als „Behinderung" (i.S.d. SGB IX) zu bewerten ist, weil die „Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand" abweicht „und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist"[64].

Damit gewinnt bzw. behält die **tertiäre Prävention** im **traditionellen Verständnis** ihre begriffliche und tatsächliche, d.h. bestimmte Maßnahmen betreffende, **Eigenständigkeit**, und zwar sowohl in SGB V als auch in SGB VI – dort ist allerdings, wie gesagt, die spezifische Zielsetzung am § 9 SGB VI und die damit bewirkte Begrenzung rehabilitativer Maßnehmen (im RV-Recht) zu beachten.

Wie erwähnt, ist dieses **eingeschränkte Verständnis keineswegs zwin**gend; es spricht vielmehr vieles dafür, das Anliegen der tertiären Prävention, das der Sache nach und auch gleichsam verfahrensmäßig an einen Prozess der Krankenbehandlung anknüpft, erweiternd auch für Maßnahmen zu verwenden, die der **Abwehr** von **wahrscheinlichen Gesund-**

---

[60] Kolb, in: v.Maydell/Ruland (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 1988, 25, Rdnr. 5, S. 1082
[61] vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI
[62] KassKomm-Niesel, § 13 SGB IV RdNr. 15 m.w.N.
[63] so § 11 Abs. 2 S. 3 SGB V

heitsschädigungen im Zusammenhang mit z.B. ambulanten oder stationären Maßnahmen, die in einer nachgewiesenen Zahl von Fällen erfahrungsgemäß eintreten, dienen und die durchaus verhindert werden könnten, z.B. durch konsequent verfolgte Qualitätssicherung.

V. Normstrukturen im Präventionsrechts. Kausal- und/oder finalstrukturierte Rechtsvorschriften

Die Analyse der derzeitigen gesundheitsbezogenen Regelungen mit präventivem Gehalt sowie daran anknüpfende Überlegungen beispielsweise zur Weiterentwicklung und Ergänzung des vorhandenen Normengefügt hat die beiden **grundsätzlichen Möglichkeiten** normativer Steuerungstechniken zu berücksichtigen, die **auch** im Bereich der **Prävention** zu finden sind.

1. Kausalstrukturierte Normen

Der gleichsam klassischen Vorstellung von Rechtsnormen entspricht es, wenn **Tatbestand** und **Rechtsfolge konditional verknüpft** sind. Das bedeutet, dass bestimmte tatsächliche Gegebenheit in abstrahierender und generalisierender Weise zu (Norm-)Tatbeständen gefasst werden; liegen deren Voraussetzungen in der Wirklichkeit vor, ist also ein entsprechender Sachverhalt gegeben[65], dann tritt die **Rechtsfolge** gleichsam **automatisch** ein – so ist es ausdrücklich z.B. im **Leistungsrecht** des SGB geregelt[66] - oder wird **konstitutiv** durch eine **Entscheidung** z.B. einer Verwaltungsbehörde getroffen, entweder durch einen **Verwaltungsakt** oder einen verwaltungsrechtlichen Vertrag[67].

Auch im Hinblick auf Regelungen der **Prävention** findet sich **zumeist** diese **konditionale Struktur**[68]; beispielsweise knüpft der Anspruch auf Individualprophylaxe (gem. § 22 SGB V) an ein bestimmtes Lebensalter an; bei § 23 SGB V ergibt sich die Rechtsfolge –

---

[64] § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX
[65] was durch einen Subsumtionsvorgang ermittelt und festgestellt wird
[66] § 40 Abs. 1 SGB I
[67] so z.B. in Ermessensangelegenheit, vgl. § 40 Abs. 2 SGB I
[68] „wenn“ der Tatbestand gegeben ist, „dann“ tritt die Rechtsfolge ein oder wird bewirkt

ein Anspruch auf die dort genannten Vorsorgeleistungen - unter den im einzelnen genannten Voraussetzungen des Abs. 1; Entsprechendes gilt für § 24 SGB V.

Die **gleiche Normstruktur** findet sich in den Regelungen zur **Sekundär-Prävention**[69] sowie in den Regelungen der medizinischen Rehabilitation mit ihren **tertiär-präventiven** Zielen[70].

Soweit **Prävention** gleichsam als **Nebeneffekt von Kuration** angestrebt und bewirkt wird, gilt ebenfalls dasselbe; denn die einen Anspruch auf Heilbehandlung einräumenden Normen sind ebenfalls deutlich konditional strukturiert[71].

2. Final-strukturierte Normen

Der Gesetzgeber kann seiner Vorstellungen im Verwaltungsrecht auch in anderer Weise normieren, nämlich dadurch, dass er im Prinzip lediglich das **Regelungs-Ziel** beschreibt, ohne spezielle Sachverhalte zu nennen und bestimmte Rechtsfolgen festzulegen. Eine derartige Gesetzgebungstechnik ist z.B. im **Planungsrecht** unumgänglich; sie ist aber nicht nur dort anzutreffen.

Derartige **finalstrukturierte Normen** müssen einen Adressaten nennen, i.d.R. einen Träger öffentlicher Verwaltung; diesem wird aufgegeben, die im **Gesetz** genannten Ziele durch ein geeignetes Verwaltungshandeln umzusetzen. Dabei kann der Gesetzgeber in mehr oder weniger großem Umfang **Kriterien, Leitlinien, Gesichtspunkte**[72] vorgeben, an denen sich der Gesetzesvollzug zu orientieren hat – insoweit ist die Freiheit der Verwaltung eingeschränkt und insoweit ist auch eine rechtliche Kontrolle durch Aufsicht und Gerichte möglich.

Weiterhin kann der Gesetzgeber vorschreiben, in welcher **Rechtsform** das Ergebnis eines solchen Gesetzesvollzuges – z.B. ein Plan – zu ergehen hat[73].

Ersichtlicherweise ist der Verwaltung durch solche finalstrukturierte Normen ein vergleichsweise **weiter Gestaltungsspielraum** eingeräumt. Zugleich dürfte auch die Vermu-

---

[69] §§ 25, 26, 43a SGB V
[70] §§ 40 – 42 SGB V
[71] z.B. § 27 Abs. 1 S. 1, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V
[72] oder wie immer man derartige gesetzliche Vorgaben bezeichnen mag

tung nahe liegen, dass solche Normen hinsichtlich ihrer sachlichen Zielsetzung – z.B. allgemeiner Gesundheitszustand (der verbessert werden soll) oder prioritäre Handlungsfelder (die festgelegt werden sollen) – nur **schwer** eine **klare Abgrenzung** zulassen und somit **zusätzlicher Kriterien** (z.B. nur Aktivitäten zugunsten eines bestimmten Personenkreises) bedürfen, um eine **organisationsrechtliche Zuordnung** zu ermöglichen[74].

Im Sozialrecht sind – wie auch im übrigen Verwaltungsrecht – finalstrukturierte Normen nicht selten; unter diese Kategorie fallen zunächst die **Aufgabenzuweisungen** allgemeiner Natur[75], aber auch mit speziellerer Zielsetzung[76].

VI. Normen mit subjektiv-rechtlichem und/oder objektiv-rechtlichem Gehalt

Die normtheoretische Betrachtung der gesundheitsrelevanten Präventionsregelungen hat noch einen weiteren Aspekt von verwaltungsrechtlichen Vorschriften zu berücksichtigen. Aus der Sicht des Gesetzgebers gibt es **zwei Adressaten** seiner **Verwaltungsrechtsnormen**: Erstens – diese Regelungen richten sich an **Verwaltungsbehörden** und enthalten eine Aufgabe und/oder eine Befugnis zum Tätigwerden, in der Regel gegenüber dem Bürger, und zwar zu dessen Gunsten (Beispiel: Erbringung von Sozialleistungen) oder zu dessen Lasten (Beispiel: Forderung von Beiträgen), Insoweit spricht man von objektiv-rechtlichen Verpflichtungen, die der Verwaltung vom Gesetzgeber aufgegeben worden sind.

Zweitens – der (mittelbare) **Betroffene des Verwaltungshandeln** ist ebenfalls Adressat des gesetzgeberischen Handelns; hinsichtlich seiner Beziehungen zur (objektiv-rechtlich) verpflichteten Verwaltung ist er zumindest tatsächlich, faktisch begünstigt oder belastet; man spricht insoweit von **Rechtsreflex**. Ob er darüber hinaus auch einen **Anspruch** gegenüber der Verwaltung hat, z.B. einen Anspruch auf Leistungen der Kuration, Rehabilitation oder auch Prävention, das ist **Sache des Gesetzgebers** und hängt davon ab, ob eine

---

[73] z.B. als Verwaltungsakt oder als Rechtsnorm (Verordnung oder Satzung), Richtlinie gem. SGB V oder „Anordnung“ gem. SGB III

[74] Beispiel: Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes nur für Versicherte eines bestimmten, des jeweils zuständigen oder gewählten KV-Trägers

[75] z.B. § 1 SGB V, § 1 SGB VII, § 1 BSHG

[76] z.B. § 92, § 99 Abs. 1, § 101, § 136 SGB V; § 14 Abs. 1 und 2 SGB VII

gesetzliche Regelung mit einer derartigen anspruchsbegründenden Wirkung ausgestaltet ist; ist dies geschehen, ist also ein unbedingter **Anspruch** eingeräumt, so entfaltet das betreffende Gesetz auch **subjektiv-rechtliche Wirkungen**, also **(öffentlich-rechtliche) Ansprüche**[77].

In gewisser Weise **abgeschwächt** ist die subjektiv-rechtliche Position des Bürgers – also des gleichsam zweiten Adressaten aus dem Blickwinkel des Gesetzgebers – in den Fällen, in denen der **Verwaltung** beim Gesetzesvollzug **Ermessen** eingeräumt wird; in diesen Fällen kann sich die Rechtsstellung des Bürgers allenfalls auf einen (Rechts-)Anspruch auf fehlerfreie Ermessensausübung erstrecken[78].

[77] vgl. §§ 38, 40, 41 SGB I
[78] vgl. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB I

B. Regelungen mit gesundheitsbezogenem präventivem Gehalt im geltenden Recht

I. Vorbemerkungen. Überblick

Ausgehend von einem **weiten Begriff der Ges**undheit[1] findet man in der **Rechtsordnung** eine Fülle von Vorschriften, die unmittelbar-direkt oder mittelbar-indirekt dem Schutz der Gesundheit dienen. Bereits die **Existenz** dieser **Vorschriften** mit den darin enthaltenen Handlungsanweisungen – Verboten, **Geboten**, auch Vorschlägen oder Anregungen zu, auf den **Schutz von Gesundheit** bezogen, „richtigem" Verhalten – und die damit verbundene Erwartung des Gesetzgebers an die möglichst vollständige Beachtung des Rechts lässt sich als Realisierung von Prävention verstehen.

1. Verfassungsrecht

Aus der Sicht des **Grundgesetzes** ergeben sich Vorgaben für den Schutz der Gesundheit aus den **Grundrechten**[2] und den daraus abgeleiteten **Schutzpflichten**[3], konkretisiert durch das sog. Übermaßverbot[4] und neuerdings auch durch das **Untermaßverbot**[5]; weiterhin lassen sich Schutzpflichten aus den Grundrechtsschranken ableiten[6].

Der insb. präventive **Gesundheitsschutz** ist außerdem Gegenstand des **Staatsorganisationsrechts**, hinsichtlich der Gesetzgebung geregelt in Art. 70 ff. GG[7], hinsichtlich der Verwaltungszuständigkeit in Art. 83 ff. GG[8].

---

[1] vgl. oben A. III. 1.
[2] vgl. Seewald, Gesundheit als Grundrecht – Grundrechte als Anspruchsgrundlagen von Ansprüchen auf gesundheitsschützende staatliche Leistungen, 1982; Hermes, Das Grundrecht auf Schutz von Leben und Gesundheit, 1987
[3] vgl. z.B. BVerfGE 57, S. 70 – Krankenversorgung; E 39, S. 1 und E 88, S. 203 – Schwangerschaftsabbruch; E 79, S. 174 - Geräuschimmissionen
[4] BVerfG, std. Rspr., z.B. E 16, S. 194 – Liquorentnahme; E 30, S. 292 – Bevorratungspflicht für Erdölerzeugnisse; E 49, S. 89 - Atomgesetz
[5] BVerfGE 88, S. 203 – Schwangerschaftsabbruch II (Leitsätze 6 und 7)
[6] Seewald, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit (1981)
[7] z.B. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7, 12, 19, 19a, 20, 22, 24, 25, 26 GG, Art. 75 Abs. 1 Nr. 3, 4 GG
[8] vgl. z.B. Art. 87 Abs. 2, 3 GG

2. Europäisches Gemeinschaftsrecht

Im **EG-Recht** hat der Schutz der Gesundheit vor allem durch den Vertrag von Amsterdam einen erheblichen Schub bekommen. Dieses Thema ist über den Bereich der **Sozialvorschriften**[9] hinausgehend allgemein vertraglich festgelegt, und zwar sowohl im Titel XIII **(„Gesundheitswesen")**[10] als auch im Titel XIV **(„Verbraucherschutz")**[11].

Es ist zu erwarten, dass insbesondere auch im Verfahren der sog. offenen Koordinierung[12] wesentliche Impulse gegeben werden, vor allem auch im Bereich der **Prävention**; ein Blick auf die home-page der „Generaldirektion Gesundheitswesen und Verbraucherschutz" und die dort genannten „EU-**Massnahmen** im Bereich der **öffentlichen Gesundheit**" bestätigt diese Annahme[13]: Gesundheitsförderung und –berichterstattung, AIDS und andere übertragbare Krankheiten, Krebs, Seltene Krankheiten, Verhütung von Verletzungen, Umweltbedingte Krankheiten, Suchtprävention.

3. Strafrecht

Die gesundheitsbezogene Präventionswirkung strafrechtlicher Normen wurde bereits dargestellt[14].

4. Bürgerliches Recht

Im Bürgerlichen Recht dürfte vor allem das **Haftungsrecht** insoweit, als es gegenüber einem Schädiger (auch) bei Beeinträchtigungen der **Gesundheit** einen Anspruch auf **Schadensersatz** einräumt, durch seine Existenz general- bzw. primär präventive Wirkungen entfalten.

---

[9] vgl. Art. 136 ff. (ex Art. 117 ff.) EG-V
[10] Art. 152 (ex Art. 129) EG-V
[11] Art. 153 (ex Art. 129a) EG-V
[12] vgl. Busse, Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung" auf die europäischen Gesundheitswesen, GGW 2/2002, S. 7 ff.
[13] vgl. z.B. http://europa.eu.int/commm/health/index_de.html v. 02.11.2001
[14] vgl. oben A. I. 4.

Dabei ist sowohl an die Regelungen im Vertragsrecht, z.B. an den nicht abdingbaren **§ 618 BGB** – Pflicht des Dienstberechtigten zu **Schutzmaßnahmen** gegen **Gefahr für Leben und Gesundheit**[15] - als auch an das **Deliktsrecht** zu denken, das z.B. in **§ 823 Abs. 1 BGB** u.a. die **Gesundheit** ausdrücklich und in § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit gesundheitsschützenden Schutznormen zu einem Rechtsgut erklärt, dessen Verletzung zum Schadensersatz führen soll[16]. Auch dem **Straßenverkehrsrecht** mit seiner – im Übrigen verschuldensunabhängigen – Haftung des Fahrzeughalters und bei **Verletzung** u.a. der **Gesundheit** eines Menschen[17] kann eine derartige präventive Wirkung zugesprochen werden.

5. Verwaltungsrecht

Auch die **Gesamtheit** des Verwaltungsrechts lässt sich unter dem Gesichtspunkt der darin enthaltenen präventiv angelegten **Gesundheitsvorsorge** untersuchen[18]. Die nachfolgenden Teile dieser **Expertise** „Präventionsregelungen" verstehen sich als ein Beitrag zu diesem Fragenkomplex. **Schwerpunktmäßig** wird dabei das **Sozialrecht** behandelt[19]; aus anderen verwaltungsrechtlichen Regelungen mit präventiv-gesundheitsschützendem Anliegen wird das Recht des **öffentlichen Gesundheitsdienstes** und das **Schulrecht** angesprochen[20]. Weiterhin werden Erläuterungen zum Gesundheitsschutz im **Polizeirecht** sowie im Umweltrecht gegeben, gleichsam stellvertretend auch für weitere Bereiche des Verwaltungsrechts mit einem diesbezüglichen Anliegen[21].

---

[15] vgl. § 618 Abs. 1 – 3 BGB im Wortlaut
[16] vgl. z.B. OLG Koblenz, NJW-RR 2001, S. 1604 – Zum Anspruch einer Besucherin eines Pop-Konzerts auf Schmerzensgeld wegen eines Hörschadens infolge der Musikeinwirkung
[17] vgl. § 7 Abs. 1 – 3 StVG
[18] Überlegungen dazu z.B. bei Ossenbühl, Vorsorge als Rechtsprinzip im Gesundheits-, Arbeits- und Umweltschutz, NVwZ 1986, S. 161 ff.
[19] vgl. B. II. 1 - 12
[20] vgl. B. III. 2., 3
[21] vgl. z.B. das gesamte Verbraucherschutz- und Lebensmittelrecht

6. Untergesetzliches Recht

„Prävention durch Rechtsnormen“ findet auch über Regelungen des untergesetzlichen Rechts – insb. **Rechtsverordnungen**, **Satzungen**, sonstiges autonomes Recht, „Anordnungen“, Richtlinien, **Verträge**, sonstige Vereinbarungen statt. Diese Studie hat diese, für das konkrete Verwaltungshandeln praktisch wichtige Regelungsebene nicht in eine detaillierte Betrachtung einbeziehen können. Somit können auch keine verlässlichen Aussagen über diese – im Übrigen auch rechtstheoretisch sowie verfassungsrechtlich z.T. problematische Regelungsebene – hinsichtlich des Vorhandenseins und der (praktischen) Bedeutung derartiger Vorschriften mit präventivem Gehalt gemacht werden.

II. Regelungen mit präventivem Gehalt im Sozialrecht

1. Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)

Allgemeiner Teil

Erster Abschnitt – Aufgaben des Sozialgesetzbuches und soziale Rechte

1.1 § 1 SGB I – Aufgaben des Sozialgesetzbuches

§ 1 SGB I ist unzutreffend bezeichnet; es handelt sich in dieser Regelung nicht um „Aufgaben" des Sozialgesetzbuches, sondern um **Zielsetzungen** auf hohem Abstraktionsgrad; in dieser Regelung sind für das Sozialrecht wichtigsten **Leitvorstellungen**[1] aus den Besonderen Regelungen des Sozialrechts entnommen worden. Diese Vorschrift hat gleichsam eine Scharnierfunktion: Aus den speziellen Regelungen wird abstrahiert; zugleich wird die Verbindung zu den einschlägigen verfassungsrechtlichen Bestimmungen hergestellt.

In § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB I wird mit den Begriffen **„soziale Gerechtigkeit"** und **„soziale Sicherheit"** auf die Staatszielbestimmungen „Sozialstaat" und „Rechtsstaat" hingewiesen[2]. Ein Bezug zu **Präventions-Zielen** kann insoweit hergestellt werden, als eine **„sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen"** nach den Vorstellungen des Gesetzgebers durch Leistungen der primären Prävention vermindert werden soll[3].

§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I hat ebenfalls eine „Scharnierfunktion":

– Der Beitrag zur Sicherung des menschenwürdigen Daseins lässt sich sowohl als Bezugnahme auf das **Fürsorgerecht**[4], das heutige **Sozialhilferecht**, das es als Aufgabe der Sozialhilfe ansieht, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermög-

[1] BT-Drucks. 7/868
[2] Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 Satz 1 GG
[3] vgl. § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V
[4] so noch die Terminologie des Grundgesetzes, vgl. § 74 Abs. 1 Nr. 7 GG – „Öffentliche Fürsorge"

lichen, das der Würde des Menschen entspricht[5]; andererseits wird offensichtlich Bezug genommen auf **Art. 1 Abs. 1 GG** (Schutz der Menschenwürde), und dort auf die in Art.1 Abs. 1 Satz 2 – zweite Alternative – GG normierte **Schutzverpflichtung** aller staatlichen Gewalt im Hinblick auf die Menschenwürde. So verstanden, steckt im **Schutzauftrag des Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG** und der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB I auch **beispielsweise** die Hilfe in besonderen Lebenslagen, die gemäß **§ 37 BSHG** gewährt wird[6].

- Der Beitrag zur Schaffung gleicher Voraussetzungen für die **freie Entfaltung der Persönlichkeit** insbesondere auch für junge Menschen hat offensichtlich einen Bezug zu Art. 2 Abs. 1 GG sowie zu Art. 3 Abs. 1 GG.
  Die darauf bezugnehmende Zielsetzung des SGB I lässt sich dahingehend interpretieren, dass ein Beitrag dazu geleistet werden soll, dass die tatsächlichen Voraussetzungen der Grundrechtsausübung (freie Entfaltung der Persönlichkeit) geschaffen werden (und zwar unter Berücksichtigung des Gleichheitssatzes/Willkürverbots); weiterhin lässt sich daraus im Hinblick auf **Prävention** folgern, dass **ohne** diese **Hilfe** die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere für junge Menschen, **gefährdet** ist – bei einem weiten Verständnis ist die gleichsam natürliche Basis einer solchen Entfaltung u.a. auch die Gesundheit, hinsichtlich derer der Staat ebenfalls eine Schutzpflicht hat[7].
- Beitrag zum **Schutz und zur Förderung der Familie**; insoweit wird Bezug genommen auf Art. 6 GG – auch diesbezüglich kann eine **präventiver Gehalt** ausgemacht werden, insoweit als zur Förderung der Familie **beispielsweise** das gehört, was im SGB VIII, vor allem aber auch im SGB V (**beitragsfreie Versicherung der Familienmitglieder** und Einräumung gleicher gesundheitsbezogener Leistungen wie gegenüber den Beitragszahlern[8]) normiert ist; somit wird auf diesem Wege eine rechtssystematische Verbindung präventivem Gehalts zwischen dem Schutzauftrag des Staates zugunsten der Familie im Hinblick auf präventiven Gesundheitsschutz und die besonderen Teile des SGB hergestellt.

---

[5] § 1 Abs. 2 Satz 1 BSRG
[6] Abs. 1 : Verhütung von Verschlimmerung von Krankheit, mit Bezugnahme auf SGB V 3. Kap. 5. Abschn. 1. Titel; Abs. 2: Verhütung und Früherkennung von Krankheiten durch medizinische Vorsorgeleistungen und Untersuchungen; Gewährung anderer Leistungen wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht
[7] einschlägig insoweit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG – Schutzauftrag
[8] vgl. § 10 SGB V

– Ein Beitrag dazu, um **besondere Belastungen** des Lebens abzuwenden, kann als gleichsam **general-präventiver Auftrag** des Sozialgesetzbuchs verstanden werden.
Ein verfassungsrechtlicher Bezug ist auch hierbei unschwer feststellbar; dazu muss man sich lediglich eine Vorstellung von den „besonderen Belastungen“ machen, die nach dem geltenden Sozialrecht im Wege der **Gefahren-Vorsorge** abgewendet werden sollen. Und dabei dürften unschwer ins Auge fallen die potentiellen Beeinträchtigungen der Gesundheit, die beispielsweise – traditionell ausgeprägt – im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (im Hinblick auf **Arbeitsunfälle** und **Berufskrankheiten**) erfasst sind, aber seit einiger Zeit auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung anzufinden sind.

– Ein Beitrag dazu, um den Erwerb des **Lebensunterhalt** durch eine **frei gewählte Tätigkeit** zu ermöglichen ist – bei weit gefasstem Verständnis von Prävention – ebenfalls noch unter diese Zielsetzung zu subsumieren.
Ein verfassungsrechtlicher Bezug ergibt sich im Hinblick auf **Art. 12 Abs. 1 GG**, der zwar nach herrschender Meinung kein Recht auf Arbeit gewährt, aber dem Gesetzgeber auch nicht verbietet, etwas dafür zu tun, dass die Bürger einen Arbeitsplatz unter gleichen Konditionen haben, unter denen ein Abwehranspruch nach Art. 12 Abs. 1 GG gegenüber dem Staat besteht[9]; auch diese Zielsetzung kann im Sinne einer **Vorsorge** dergestalt verstanden werden, dass der Erwerb des Lebensunterhalts durch eine berufliche Tätigkeit die Grundlage von **Gesundheit im Sinne eines psychisch-physischen Wohlbefindens** ist (abgesehen von Gesundheitsgefahren aufgrund von Beeinträchtigungen der Lebensumstände, auch der möglicherweise mangelhaften Ernährung bei Arbeitslosigkeit).

§ 1 Abs. 2 SGB I ergänzt die abstrakt-programmatischen Zielsetzung des Abs. 1. **Präventiven** Gehalt kann man insoweit darin sehen, als eine **suboptimale Versorgung** mit sozialen Diensten und Einrichtungen gleichsam automatisch zu – an sich vermeidbaren – **Beeinträchtigungen**, Verschlimmerungen oder gesundheitlichen Folge-Beeinträchtigungen führen muss; diese Vorschrift lässt im Übrigen offen, ob Verwaltungsträger selbst oder durch „Dritte“ handeln.

§ 1 SGB I entfaltet **keine unmittelbaren Rechtswirkungen**; gleichwohl sollte man in dieser Vorschrift nicht eine rechtlich belanglose gesetzgeberische Reflexion sehen, sondern eine Interpretation des Sozialverfassungsrechts[10]; auf diese Weise kann – wie gezeigt – auch präventiver Gehalt über das SGB I in das Verfassungsrecht transportiert werden.

1.2 § 4 SGB I

Diese Vorschrift enthält eines der „sozialen Rechte", deren rechtliche Bedeutung in § 2 SGB I erläutert wird.

Mit dem Hinweis darauf, dass sich **Ansprüche aus den besonderen Teilen** ergeben, hier aus den Regelungen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte – lässt sich entnehmen, dass mit § 4 SGB I ein eigenständiger rechtlicher Regelungsgehalt nicht beabsichtigt ist. Die Hinweisfunktion dieser Vorschrift auf die Sozialversicherung lässt insoweit auch Ansprüche auf **präventive Maßnahmen** erwarten, als die **„Besserung ... der Gesundheit"** angesprochen wird[11]. Nach dem jetzigen Verständnis des Gesetzgebers handelt es sich dabei um **primäre Prävention**[12].

Auch ein „Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz (und) zur Erhaltung der **Leistungsfähigkeit**" kann als ein Anspruch verstanden werden, der **präventiven Gehalt** hat; denn offensichtlich ist ohne diese Maßnahmen die Leistungsfähigkeit – und dabei muss man wohl auch die gesundheitliche Leistungsfähigkeit verstehen – gefährdet.

---

[9] dabei ist an die Bindungen des Gesetzgebers hinsichtlich sämtlicher Grundsätze des Rechtsstaatsprinzips zu denken
[10] KassKomm-Seewald, § 1 SGB I RdNr. 8
[11] § 4 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB I
[12] vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V

1.3 § 5 SGB I – Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden

In ähnlicher Weise wie § 4 SGB I weist auch diese Regelung auf **Ansprüche** hin, die zur Besserung der Gesundheit beitragen und sich auf „notwendige Maßnahmen zur **Erhaltung ... der Leistungsfähigkeit**“ beziehen.

Dementsprechend sind auch in dieser Regelung **präventive Gehalte** zu sehen.

1.4 § 9 SGB I – Sozialhilfe

Diese Vorschrift spricht von „dem“ Recht auf bestimmte Hilfen in Situationen, in denen die eigenen Kräfte nicht ausreichen, um sich „in besonderen Lebenslagen ... selbst zu helfen“. Damit wird Bezug genommen auf „Abschnitt 3. **Hilfe in besonderen Lebenslagen**“ BSHG; im Unterabschnitt 5 regelt **§ 37 BSHG** die Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe und **verweist auf SGB V**, 3. Kap., 5. Abschn., 1. Titel, also auf die „Leistungen bei Krankheit“; soweit auch diese **Vorschriften präventiven Gehalt** haben, partizipieren davon auch die Sozialhilfeberechtigten.

Bezug genommen wird durch § 9 SGB I vor allem auch auf **§ 37 Abs. 2 BSHG**, der sich mit medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchung zur **Verhütung und Früherkennung von Krankheiten** befasst sowie mit „anderen Leistungen“, wenn damit eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden abgewehrt werden kann; dies ist eindeutig Prävention.

Darüber hinaus wird man auch in dem Recht auf eine **Hilfe**, die **zur Selbsthilfe** befähigt, eine **präventive Zielsetzung** erkennen können; denn offensichtlich ist es so, dass ohne diese Fähigkeit eine der **existentiellen Lebensvoraussetzungen gefährdet** ist, die durch das BSHG geschützt sind; dazu zählt auch die Gesundheit, wie sich aus § 37 BSRG entnehmen lässt.

1.5 § 10 SGB I – Teilhabe behinderter Menschen

Diese Regelung[13] bezieht sich auf das **SGB IX**. Die in § 10 SGB I genannten Anspruchsvoraussetzungen des dort erwähnten **„Rechts auf Hilfe“** sind deutlich **präventiver Natur** insoweit, als nicht nur bei eingetretener körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, sondern auch bei **der Gefahr einer** solchen **Behinderung**[14] zu leisten ist. Bestätigt wird das durch die Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen in den Ziffern 1, 2, 4 und 5 des § 10 SGB I: Offensichtlich verfolgt man **präventive Ziele**, wenn **Behinderungen abzuwenden** sind oder ihre **Verschlimmerung** zu **verhüten** ist oder ihre Folgen zu mildern sind; gleiches gilt für Fälle, in denen zu vermeiden sind **Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit** oder **Pflegebedürftigkeit** oder eine Verschlimmerung zu **verhüten** ist; auch die Vermeidung des vorzeitigen Bezugs von Sozialleistungen – darunter lässt sich auch § 37 BSHG subsumieren – ist eine Maßnahme der Vorsorge; weiterhin kann unter „Entwicklung zu fördern“ auch der Gesundheitszustand der Behinderten subsumiert werden, der ohne die Förderungsmaßnahmen gefährdet ist, schließlich deutet das Recht auf Hilfe, um Benachteiligungen aufgrund der Behinderungen entgegenzuwirken, darauf hin, dass ohne eine derartige Hilfe **Benachteiligungen drohen**, also mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einzutreten pflegen.

1.6 §§ 18 – 29 – Einzelne soziale Leistungen und zuständige Leistungsträger

Diese Vorschriften enthalten lediglich Hinweise auf besondere Teile des Sozialgesetzbuches und die dort verpflichteten Leistungsträger. Während die sozialen Rechte immerhin eine gewisse rechtliche Bedeutung haben sollen, wie sich aus § 2 Abs. 3 SGB I ergibt, kommt den §§ 18 – 29 SGB I keinerlei rechtliche Bedeutung zu.

Die dort genannten **Regelungsbereiche mit präventivem Gehalt** werden nachfolgend bei der Betrachtung der **besonderen Teile des SGB** abgehandelt.

---

[13] in der Fassung des Gesetzes vom 19.6.2001, BGBl. I, S. 1046, mit Wirkung vom 1.7.2001 in das SGB I eingefügt

[14] wenn eine „solche Behinderung droht“

1.7 § 43 SGB I – Vorläufige Leistungen

Diese Regelung lässt von ihrem Wortlaut her nicht auf einen präventiven Gehalt schließen. Wenn man allerdings berücksichtigt, was Ziel einer u.U. **strikten Verpflichtung** zur Erbringung **vorläufiger Leistung** ist[15], dann wird Folgendes deutlich: Es handelt sich stets um Situationen in denen feststeht, dass ein Anspruch besteht, dass also die Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind[16].

Ein solcher Anspruch ist beispielsweise im Hinblick auf Krankenbehandlung denkbar, insbesondere auf eine bestimmte Maßnahme. Die Verweigerung einer solchen Maßnahme muss wohl i.d.R. als ein Vorgang betrachtet werden, der aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer **Verschlechterung des Gesundheitszustandes** führt. Dies durch eine **vorläufige Leistung** zu **verhindert**, ist eine eindeutig **präventive Maßnahme**.

Eingeschlossen in solche **vorläufige Leistungen** sind nicht nur die gesundheitsbezogenen Maßnahmen der Kuration und Rehabilitation, sondern **auch** Ansprüche auf **präventive Leistungen**, vor allem die gesundheitsbezogenen Leistungen der Früherkennung[17].

1.8 § 48 SGB I - Auszahlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht

Wer seiner gesetzlichen Unterhaltspflicht, beispielsweise gegenüber den Ehegatten oder den Kindern nicht nachkommt, **gefährdet** deren **Lebensgrundlage**; damit droht auch eine Gefahr für die Gesundheit, und zwar nicht nur dann, wenn man **„Gesundheit“** im Sinne der **WHO-Definition** versteht.

Somit dient die in § 48 Abs. 1 SGB I geregelte – sogenannte Abzweigung oder Abtrennung – auch der **Abwendung gesundheitsbezogener Gefahren**; so verstanden kommt auch dieser sozialrechtlichen Regelung **präventive Wirkung** im Hinblick auf die Gesundheit zu.

---

[15] vgl. insb. § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB I
[16] das folgt aus § 43 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 40 SGB I
[17] vgl. §§ 21 ff. SGB V

1.9 § 49 SGB I – Auszahlung bei Unterbringung

Insoweit gilt im Wesentlichen das Gleiche **wie** das zu **§ 48 SGB I** Gesagte; allerdings ist dort der Kreis der Begünstigen weiter gefasst; denn erfasst werden alle Unterhaltsberechtigten, z.B. Enkel, Eltern und Großeltern[18]. Nicht erforderlich ist übrigens bei dieser Vorschrift, dass der Leistungsberechtigte seiner Unterhaltspflicht nicht nachkommt; die durch § 49 SGB I abzuwendende Gefahrensituation ist also – bei näherer Betrachtung – etwas anders definiert.

1.10 § 53 SGB I – Übertragung und Verpfändung

Nach § 53 Abs. 3 SGB I dieser Regelung können Ansprüche auf laufende Leistungen, die der Sicherung des Lebensunterhalts zu dienen bestimmt sind, in bestimmten Fällen übertragen und verpfändet werden, allerdings nur insoweit, als sie den für Arbeitseinkommen geltenden unpfändbaren Betrag übersteigen.
Diese Vorschrift hat u.a. das Ziel, den Schutz des Berechtigten in angemessener Weise zu berücksichtigen; die **präventive Wirkung** liegt darin, dass die **Sicherung des Lebensunterhaltes** auf einem bestimmten Niveau[19] gesichert sein soll.

1.11 § 63 SGB I - Heilbehandlung

Diese Regelung findet sich in den Bestimmungen zur **„Mitwirkung des Leistungsberechtigten“**[20]. Aus der Sicht des Wortlauts dieser Regelung ist jemand, der wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, verpflichtet, sich einer Heilbehandlung zu unterziehen. **Voraussetzung** ist die Wahrscheinlichkeit, dass der **Gesundheitszustand** dadurch verbessert oder eine **Verschlechterung verhindert** wird.

Es handelt sich als um tatbestandlich beschriebene Situationen, in denen entweder eine „Verschlechterung“ (man könnte ebenso gut sagen: eine **Verschlimmerung) droht** – das ist eine **typische Gefahrenlage**; weiterhin besteht die Pflicht, sich einer Heilbehandlung zu

---

[18] vgl. im Einzelnen §§ 1601 ff. BGB
[19] Näheres hierzu ergibt sich aus §§ 850 ff. ZPO
[20] SGB I, 3. Abschn. 3. Titel, §§ 60 - 67

unterziehen dann, wenn der Gesundheitszustand wahrscheinlich verbessert werden kann – das ist eine Maßnahme, die zwar auch zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führt, aber nicht des „allgemeinen Gesundheitszustandes“, so dass man Bedenken haben sollte, dies als Leistung der primären Prävention zu qualifizieren; gleichwohl ist offensichtlich, dass damit vorsorglich, vorbeugend auch (weitere) **Schäden** für die Gesundheit **abgewendet** werden können.

1.12 § 64 SGB I – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

In dieser Regelung wird die Verpflichtung ausgesprochen, dass „an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ teilgenommen wird, also an Arbeitsförderungsmaßnahmen. Voraussetzung ist hier, dass die Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit erhalten wird – daraus lässt sich folgern, dass ohne diese Maßnahmen die **Gefahr einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit oder Vermittlungsfähigkeit** droht.

Die Förderung der Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit wird man wohl eher nicht als Maßnahme mit präventivem Gehalt definieren können; gleichwohl kann auch hier von **Prävention** in einem allgemein verstandenen Sinn **(Abwendung von prognostizierbaren Schadensereignissen)** gesprochen werden.

1.13 § 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung

Diese Regelung gibt den Sozialleistungsträgern in Fällen, in denen man den Mitwirkungspflichten gem. §§ 63 und 64 SGB I nicht gerecht geworden ist, dort näher genannte Möglichkeiten zur Sanktion.

Voraussetzung dafür ist wiederum eine **typische Gefahrenlage**; denn der Leistungsträger kann die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen nur dann, wenn **wahrscheinlich** ist, dass wegen dieser nicht wahrgenommenen Verpflichtung zur Mitwirkung die in § 66 Abs. 2 SGB I näher genannten **Fähigkeiten beeinträchtigt** werden.

Allerdings ist die **präventive Wirkung** nur **mittelbarer Art**; denn § 66 Abs. 2 SGB I betrifft nicht die Einschränkung der medizinischen oder beruflichen Reha-Maßnahmen selbst,

sondern die Sozialleistungen, die deswegen und unter weitgehend gleichen Voraussetzungen nach den Vorschriften der Besonderen Teile gewährt werden[21].

[21] KassKomm-Seewald, § 66 SGB I RdNr. 32

2. Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

2.1 § 2 SGB IV – Versicherter Personenkreis

Diese Regelung verweist in allgemeiner Form auf die Personen, die entweder einer **Versicherungspflicht** kraft Gesetzes oder Satzung unterliegen oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung eine **Versicherungsberechtigung** haben.

Für die Fragen der **Prävention** ist die Vorschrift insoweit relevant, als damit diejenigen Personen in allgemeiner Weise bestimmt sind, die **gegenüber den Sozialversicherungsträgern Ansprüche** auch auf Leistungen präventiven Charakters haben.

In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass **Prävention nicht allein** durch die Erbringung von **Leistungen** gegenüber Personen – beispielsweise den Versicherten in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung – erbracht wird.

Prävention kann auch bewirkt werden durch generell-abstrakte sowie konkrete **Anordnungen gegenüber Dritten**, beispielsweise gegenüber den **Unternehmern** (wobei es gleichgültig ist, ob Unternehmer zugleich den Status eines Versicherten haben). Freilich stehen die Unternehmer in einem – der Sache nach – mitgliedschaftlichen (Sonderrechts-) Verhältnis beispielsweise zur gesetzlichen Unfallversicherung, obwohl das Gesetz (hier: das SGB VII) dieses nicht zum Ausdruck bringt.

Soweit nicht die **Versicherten** selbst, sondern andere Personen Adressaten von Präventionsmaßnahmen sind, wird den Versicherten im Regelfall eine **Mitwirkungspflicht** obliegen (vgl. beispielhaft hierzu § 21 SGB VII).

2.2 §§ 3 – 5 SGB IV – Geltungsbereich. Ausstrahlung. Einstrahlung

Diese Regelungen befassen sich mit der Versicherungspflicht sowie der Versicherungsberechtigung und stellen diese für bestimmte Konstellationen fest.

Damit wird – mittelbar – auch geregelt, inwieweit **Ansprüche und Pflichten** im Hinblick auf **Präventionsmaßnahmen** bestehen.

Hinsichtlich der sozialrechtlichen Leistungen **konkretisieren und ergänzen** diese Regelungen die Bestimmungen des **§ 30 SGB I**.

2.3 § 19 SGB IV – Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen

Diese Vorschrift gilt für alle Leistungen in den dort genannten Bereichen. Die dort genannten Grundsätze gelten also **auch für Leistungen**, mit denen **präventive Zielsetzungen** verbunden sind.

2.4 § 28a SGB IV – Meldepflicht

Die Meldepflicht des Arbeitgebers gegenüber der Einzugsstelle eröffnet die Kenntnis der Sozialversicherungsträger von den **Personen**, die bei ihnen versichert sind und demnach u.U. auch **Ansprüche auf präventive Leistungen** haben oder bestimmten **Mitwirkungspflichten** unterliegen. So betrachtet hängt wirksame Prävention auch von der gewissenhaften Erfüllung der Meldepflicht ab.

2.5 § 30 SGB IV – Eigene und übertragene Aufgaben

Abs. 1 dieser Regelung bestätigt den sog. **organisatorischen Gesetzesvorbehalt**; die Versicherungsträger dürfen demnach auch nur diejenigen **Aufgaben mit präventiver Zielsetzung** erledigen, die ihnen – vorgeschrieben oder zugelassen – übertragen sind; auch die **Mittelverwendung** ist diesbezüglich begrenzt.

Abs. 2 enthält Regelungen der **Zusammenarbeit** zwischen Verwaltungsträgern: Zum einen ist eine gesetzlich zugelassene Wahrnehmung von Aufgaben eines anderen Versiche-

rungsträgers statthaft; weiterhin können Verwaltungsvereinbarungen getroffen werden, die Verwaltungsträger besser als ein anderer wahrzunehmen vermag[1].

Im Bereich der **Prävention** kann man sich unleicht vorstellen, dass beide Alternativen sinnvoll eingesetzt werden können.

2.6 § 34 SGB IV – Satzung

Nach Abs. 2 sind die Versicherungsträger befugt, auch **„sonstiges autonomes Recht“** zu setzen; damit wird die Rechtsstellung konkretisiert, die in § 29 Abs. 3 SGB IV (Erfüllung der Aufgaben in eigener Verantwortung) normiert ist.

Auch im Bereich der **Prävention** dürfte dieses Handlungsinstrument – “sonstiges autonomes Recht“ ist im Übrigen wissenschaftlich-begrifflich nichts anderes als Satzungsrecht – einen interessanten **Anwendungsbereich** haben.

2.7 §§ 35- 35a SGB IV

In diesen Vorschriften wird u.a. festgelegt, dass die gleichsam **operative Tätigkeit** der Versicherungsträger durch **Richtlinien** des Vorstandes vorgegeben wird.

Auch dieses Handlungsinstrument dürfte im Bereich der **Prävention**, und zwar sowohl im Leistungsbereich als auch im Anordnungsbereich, eine wichtige Rolle spielen.

2.8 §§ 67 ff. SGB IV – Haushalts- und Rechnungswesen

Die haushaltsrechtlichen Vorschriften gelten **für alle Aktivitäten der Versicherungsträger**. Demnach gilt u.a. auch das Prinzip der **Wirtschaftlichkeit** und **Sparsamkeit**, und zwar sowohl bei der Aufstellung als auch bei der Ausführung des Haushaltsplans[2].

---

[1] KassKomm-Maier, § 30 SGB IV, RdNr. 8
[2] vgl. § 69 Abs. 2 SGB IV

Im Bereich der **Prävention** dürfte es prinzipiell **besonders schwierig** sein, die Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfüllen. Unabhängig davon, ob man beim Prinzip der Wirtschaftlichkeit vom **sog. Maximalprinzip** oder vom **sog. Minimalprinzip** ausgeht, ist es in jedem Fall notwendig festzustellen, in welchem Maße die mit den eingesetzten Finanzmitteln erfolgten Zielsetzungen auch wirklich erreicht worden sind[3].

Bei Maßnahmen mit präventiver Zielsetzung dürften **Effektivität** und **Effizienz** der diesbezüglichen Maßnahmen besonders **schwer zu bewerten** sein.

2.9 § 87 SGB IV – Umfang der Aufsicht

Diese Regelung stammt aus einer Zeit, in der Prävention lediglich in der gesetzlichen Unfallversicherung ausgeprägt war und in den anderen Bereichen der Sozialversicherung eher ein Schattendasein führte.

In der **gesetzlichen Unfallversicherung** ist die **Aufsicht** auf den Gebieten der **Prävention** bekanntlich als **Fachaufsicht** ausgestaltet, die sich auch auf den Umfang und die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen beschränkt. Ob diese Regelung sinnvoll ist, soll hier nicht im Einzelnen erörtert werden.

Ein **ähnlicher Effekt** – eine möglichst umfassende Kontrolle der Verwaltungsträger durch die Aufsicht – lässt sich dadurch erreichen, dass den Versicherungsträgern seitens des Gesetzgebers ein **Ermessen nicht** eingeräumt wird – **damit** wird die **Rechtsaufsicht** in die Lage versetzt, ihre eigenen Vorstellungen von der zutreffenden Gesetzesanwendung an die Stelle der bei den Verwaltungsträgern getroffenen Entscheidungen zu setzen; wenn außerdem **Gesetz** und sonstiges staatliches Recht (Rechtsverordnungen) **subtil ausgestaltet** werden, so bleibt auch **faktisch** den Sozialversicherungsträgern **kein Raum zu eigenverantwortlicher Entscheidung**.

Die **Erfahrungen** mit den ersten umfassenderen Regelungen der Prävention (**in § 20 SGB V**[4]) haben dieses Dilemma gezeigt.

---

[3] vgl. dazu z.B. Seewald, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit aus der Sicht des Bundessozialgerichts, SGb 1985, S. 51 - 57

[4] i.d.F. des GRG v. 20.12.1988 (BGBl. I, S. 2477)

Unter diesem Gesichtspunkt zeigt sich **beispielsweise**, dass **§ 20 SGB V**[5] den Versuch macht, den Krankenversicherungsträgern zumindest **für den Regelfall** ein **Ermessen im Bereich der primären Prävention nicht** zu gestatten; die Budgetierung der Aufgabenwahrnehmung im präventiven Bereich[6] bestätigt diese gesetzgeberische Absicht, die von einem tiefen Misstrauen gegenüber den Versicherungsträgern geprägt ist.

[5] i.d.F. des G v. 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2626)
[6] sowohl durch § 20 Abs. 3 als auch Abs. 4 Satz 5

3. Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)

Arbeitsförderung

3.1 § 1 SGB III - Ziele der Arbeitsförderung

Effektive und effiziente Arbeitsmarktpolitik ist ein wichtiger Beitrag zur Erreichung gesamtwirtschaftlicher Zielsetzungen und zum Ausgleich konjunktureller Schwankungen. Eine **wirksame Arbeitsmarktpolitik** erfordert ein **Arbeitsförderungsrecht**, das **präventiv ausgerichtet** ist und einen beschäftigungsfördernden Beitrag ermöglicht. Auf diese Ziele sind die arbeitsmarktpolitischen Instrumente ausgerichtet, wie sie in der Reform des Arbeitsförderungsrechts durch das Job-AQTIV-Gesetz ihren Niederschlag gefunden haben.[1]

Das **Job-AQTIV-Gesetz** hat die **frühere vorwiegend reaktive Ausrichtung** des Arbeitsförderungsrechts durch **deutlich präventivere Ansätze**, insbesondere im Bereich der Vermittlung und Beratung, aber auch bei den anderen aktiven Arbeitsförderungsleistungen, ersetzt.[2] Damit sollen Beschäftigungsmöglichkeiten konsequent genutzt und **Arbeitslosigkeit**, vor allem Langzeitarbeitslosigkeit, abgebaut und vor allem bereits **vermieden** werden.

Die Leistungen der Arbeitsförderung sind nach **§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB III** im Sinne der **Prävention** darauf auszurichten, das Entstehen von Arbeitslosigkeit „zu vermeiden“ oder die Dauer der Arbeitslosigkeit „zu verkürzen“. Die Kombination von **Risikovermeidung (Prävention)** und **Risikoschutz** in einer Hand bei der Bundesanstalt für Arbeit stellt das prägende Merkmal des deutschen Arbeitsförderungsrechts dar.[3]

Leistungen der Arbeitsförderung in diesem Sinne sind nach **§ 1 Abs. 2 SGB III** insbesondere solche, welche die zügige Besetzung offener Stellen ermöglichen (Nr. 2) und die indi-

---

[1]) Gesetz zur Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente (Job-AQTIV-Gesetz) v. 10.12.2001, BGBl. I, 3443.
[2]) BT-Drucksache 14/6944, Job-AQTIV-Gesetz - Gesetzesbegründung, zu § 1 SGB III, S. 27.

viduelle Beschäftigungsfähigkeit durch Ausbau und Erhalt von Kenntnissen und Fertigkeiten sowie Fähigkeiten fördern (Nr. 3).

Bei der Anwendung des SGB III sind die vom Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Arbeit erlassenen **„Anordnungen" (§ 375 SGB III)** zu beachten Die Anordnungen sind keine internen Weisungen, sondern enthalten **autonomes Satzungsrecht** der Bundesanstalt für Arbeit. Sie sind Gesetz im materiellen Sinne und binden als Rechtsnormen und auch die Gerichte.[4]

3.2 § 2 SGB III - Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit den Arbeitsämtern

Arbeitsförderung ist nicht alleinige Angelegenheit des Staates, und die Arbeitsämter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben auf die **Mitwirkung** der Betroffenen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, angewiesen. Zur Mitwirkung zählen die gesetzlichen **Pflichten** der **Arbeitgeber** und der **Arbeitnehmer**, um Arbeitslosigkeit zu verhindern.

Die Arbeitgeber haben bei ihren Entscheidungen nach **§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB III** selbst darauf zu achten, durch betriebliche Maßnahmen „**Entlassungen** von Arbeitnehmern zu **vermeiden**". Die Arbeitgeber sollen die Arbeitsämter ferner frühzeitig über betriebliche Veränderungen, die Auswirkungen auf die Beschäftigung haben können, unterrichten. Dazu gehören nach **§ 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB III** Mitteilungen über Planungen, wie „Entlassungen von Arbeitnehmern vermieden oder Übergänge in andere Beschäftigungsverhältnisse organisiert werden können".

Die **Arbeitnehmer** sollen nach **§ 2 Abs. 4 Satz 2 SGB III** insbesondere ihre berufliche Leistungsfähigkeit den sich ändernden „Anforderungen anpassen". Sie haben zur **Vermeidung** oder Beendigung **von Arbeitslosigkeit** nach **§ 2 Abs. 5 SGB III** insbesondere die **Verpflichtung**, ein zumutbares Beschäftigungsverhältnis fortzusetzen (Nr. 1), eine zumutbare Beschäftigung aufzunehmen (Nr. 3) und an einer beruflichen Eingliederungsmaßnah-

---

[3]) Schulin/Igl, Sozialrecht, 6. Aufl., Rdnr. 746.
[4]) BSG, 31.10.1969, BSGE 35, 164, 165 f.

me teilzunehmen (Nr. 4). § 2 Abs. 4 und 5 SGB III machen deutlich, dass die Vermeidung oder Beendigung von Arbeitslosigkeit am ehesten zum Erfolg führt.[5]

3.3 § 3 SGB III - Leistungen der Arbeitsförderung

Die Vorschrift gibt eine **Übersicht** über die Art der Leistungen an Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie die Träger von Arbeitsförderungsmaßnahmen und definiert den **Begriff der aktiven Arbeitsförderung**.

Soweit die genannten Leistungen eine **präventive Bedeutung** haben, wird hierauf im Rahmen der Einzelregelungen näher eingegangen.

3.4 § 4 SGB III - Vorrang der Vermittlung

Die Vorschrift regelt das **Konkurrenzverhältnis** zwischen Leistungen der Arbeitsförderung. Die **Vermittlung** in Ausbildung und Arbeit hat **Vorrang vor** den **Leistungen** der aktiven Arbeitsförderung. Hiervon macht § 4 Abs. 2 SGB III eine Ausnahme, wenn die Leistung für eine „dauerhafte Eingliederung“ erforderlich ist.

Das Erfordernis der **Dauerhaftigkeit verlangt** eine vorausschauende Prognose. Erscheint die Eingliederung nicht auf Dauer gesichert, können abweichend vom Regelfall Leistungen zur Vermittlung in Ausbildung und Arbeit sowie Leistungen der aktiven Arbeitsförderung nebeneinander erbracht werden. Dem Scheitern der Eingliederung wird auf diese Weise entgegengewirkt.

3.5 § 5 SGB III - Vorrang der aktiven Arbeitsförderung

Die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung sind einzusetzen, um sonst erforderliche **Leistungen** zum Ersatz des Arbeitsentgelts bei Arbeitslosigkeit nicht nur vorübergehend zu **vermeiden** und dem Entstehen von **Langzeitarbeitslosigkeit „vorzubeugen“**.

---

[5]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 2 SGB III, S. 28.

Die Vorschrift regelt damit zum einen den **Vorrang** der aktiven Arbeitsförderung vor Geldleistungen als Ersatz für fehlendes Arbeitsentgelt und bestimmt zum anderen als besonderen Zweck der aktiven Arbeitsförderung, das Entstehen von Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern. Langzeitarbeitslosigkeit liegt vor bei Arbeitslosen, die ein Jahr und länger arbeitslos sind (§ 18 Abs. 1 SGB III).

3.6 § 6 SGB III - Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit

Das Arbeitsamt hat gemäß § 6 SGB III spätestens nach der Arbeitslosmeldung oder der Meldung als ausbildungssuchend zusammen mit dem Arbeitslosen oder Ausbildungssuchenden die für die berufliche Vermittlung erforderlichen beruflichen und persönlichen Merkmale des Arbeitslosen oder Ausbildungssuchenden, seine beruflichen Fähigkeiten und seine Eignung festzustellen.

Die Vermittlung wird gegenüber den **früheren eher reaktiven Regelungen** aufgrund der Änderungen durch das Job-AQTIV-Gesetz **verstärkt präventiv** eingesetzt. Die **Vermittlung** soll bereits **vor Eintritt der Arbeitslosigkeit** beginnen, damit bereits die Zeit zwischen Aussprechen und Wirksamwerden der Kündigung intensiv genutzt werden kann, um eine Arbeitslosigkeit gar nicht erst entstehen zu lassen. Spätestens jedoch soll sie zu Beginn der Arbeitslosigkeit einsetzen.[6]

Zur Steigerung der Effizienz des Vermittlungsprozesses haben die Arbeitsämter zu Beginn der Vermittlungstätigkeiten zusammen mit dem Arbeitssuchenden dessen Bewerberprofil umfassend zu ermitteln **(Profiling)**. Darin sind die Stärken und Schwächen des Arbeitssuchenden festzuhalten und eine individuelle **Chancenprognose** zu erstellen. Inhalt des Profiling ist die Feststellung von beruflichen und **persönlichen Merkmalen** wie Kenntnissen, Qualifikation, Berufserfahrung, Aktualität der Kenntnisse, Weiterbildungsfähigkeit und -bereitschaft. Ferner gehören die Gegebenheiten des **Arbeitsmarktes** dazu, auf den sich die Vermittlungsbemühungen für den Arbeitssuchenden erstrecken. Ziel ist, so den konkreten individuellen Bedarf an notwendiger arbeitsmarktlicher Hilfestellung zu ermitteln.

---

[6]) BT-Drucksache 14/7347, Job-AQTIV-Gesetz - Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, zu § 6 SGB III, S. 72.

Die aus dem Profiling abzuleitende individuelle Vermittlungsstrategie, das heißt die zur beruflichen Eingliederung erforderlichen Leistungen und die eigenen Bemühungen, ist in einer Eingliederungsvereinbarung (§ 35 SGB III) festzuhalten.

3.7 § 11 SGB III - Eingliederungsbilanz

Jedes Arbeitsamt hat nach **§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB III** über seine Leistungen der aktiven Arbeitsförderung nach Abschluss eines Haushaltsjahres eine Eingliederungsbilanz zu erstellen. Die Eingliederungsbilanz zeigt die Wirkungen der aktiven Arbeitsförderung und gibt Anhaltspunkte für die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen zur **Verhütung von Arbeitslosigkeit**.

Die Verbleibsquote der Eingliederungsbilanz ergänzt eine Eingliederungsquote (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB III). Die Eingliederungsquote trifft Aussagen darüber, ob ein Teilnehmer in angemessener Zeit nach Abschluss der Maßnahme in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung tätig ist. Zudem enthält die Eingliederungsbilanz Aussagen zur Vermittlung von Arbeitslosen mit eingeschränkten **Eingliederungschancen**, zum Beispiel Langzeitarbeitslose, schwerbehinderte Menschen, Ältere mit Vermittlungserschwernissen, Berufsrückkehrer und Geringqualifizierte.

3.8 § 19 SGB III - Behinderte Menschen

Die Vorschrift des § 19 enthält die Bestimmung des Begriffs „Behinderte Menschen“ für das Recht der Arbeitsförderung (§ 12 SGB III).

Behindert im Rahmen des SGB III sind nach **§ 19 Abs. 1 SGB III** Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. Mit der Minderung der Chance zur „weiteren Teilhabe“ am Arbeitsleben zielt der Begriff auf den Erhalt des Arbeitsplatzes und hat damit vorbeugenden Charakter.

Behinderten Menschen stehen nach **§ 19 Abs. 2 SGB III** Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen „droht“. Erfasst wird mit dem Verweis auf Absatz 1 auch drohende Lernbehinderung. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können damit bereits im Vorfeld einer Behinderung präventiv eingesetzt und wirksam werden.

3.9 § 33 SGB III - Berufsorientierung

Die Vorschrift steht im Dritten Kapitel (Beratung und Vermittlung) im Ersten Abschnitt über die Beratung.

Das Arbeitsamt kann **Schüler** allgemeinbildender Schulen nach § 33 Satz 3 bis 5 SGB III durch vertiefte Berufsorientierung und Berufswahlvorbereitung **fördern** (Berufsorientierungsmaßnahme). Die Förderung soll dazu führen, dass die Schüler sich frühzeitig und intensiv mit dem Berufswahlprozess auseinandersetzen.. Die Maßnahme kann bis zu vier Wochen dauern und soll regelmäßig in der unterrichtsfreien Zeit durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass sich Dritte(in der Regel die Schulträger) mit mindestens 50 Prozent an der Förderung beteiligen.

Die Berufsorientierungsmaßnahme verhilft den Teilnehmern dazu, die **richtige Berufswahl** zu treffen und **Fehlentscheidungen** zu **vermeiden** und so durch Erfolge in der Berufsausbildung und in der späteren Berufsausübung **Arbeitslosigkeit** zu **verhüten**.

3.10 § 35 SGB III - Vermittlungsangebot, Eingliederungsvereinbarung

Die Vorschrift steht im Dritten Kapitel (Beratung und Vermittlung) am Beginn des Zweiten Abschnitts über die Vermittlung.

Kann das Arbeitsamt aufgrund des Profiling (§ 6 SGB III) nicht feststellen, in welche berufliche Tätigkeit der arbeitslose oder von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende vermittelt werden kann oder welche Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung vorgesehen werden können, soll es nach **§ 35 Abs. 3 Nr. 2 SGB III** die Teilnahme an einer **„Maßnahme der Eignungsfeststellung“** vorsehen (Assessment-Verfahrens, § 49 SGB III).

Die aus dem Profiling (§ 6 SGB III) abzuleitende Vermittlungsstrategie ist nach **§ 35 Abs. 4 SGB III** in einer „**Eingliederungsvereinbarung“** festzuhalten, die das Arbeitsamt zusammen mit dem Arbeitlosen trifft. Die Eingliederungsvereinbarung konkretisiert den Grundsatz des Förderns und Forderns und **verbessert** die **Erfolgsaussichten** der zur Abwendung von Arbeitslosigkeit zu treffenden Maßnahmen. Sie hat die Aufgabe, die **Aktivitäten** des Arbeitsamtes **(Prinzip Fördern)** und die Aktivitäten des Arbeitslosen (**Prinzip Fordern)** zu verdeutlichen, zu dokumentieren und ihre zeitliche Abfolge festzulegen.

Die Eingliederungsvereinbarung enthält die auf die individuelle berufliche und arbeitsmarktliche Situation zugeschnittene Schritte zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und damit auch die erforderlichen Angebote des Arbeitsamtes (z.B. Einsatz arbeitmarktpolitischer Instrumente) ebenso wie die vom Arbeitssuchenden geforderten Aktivitäten **(Eigenbemühungen)** als besondere Formen der **Mitwirkung** für einen bestimmten Zeitraum.

Die Eingliederungsvereinbarung hat nicht die Funktion, ein neues Rechtsverhältnis zwischen Arbeitsamt und Arbeitslosen zu begründen.[7]

3.11 § 37 SGB III - Verstärkung der Vermittlung

Das Arbeitsamt hat nach § 37 Abs. 2 SGB III sicherzustellen, dass Arbeitslose, deren berufliche Eingliederung voraussichtlich erschwert ist oder die nicht innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Arbeitslosigkeit eine Beschäftigung aufgenommen haben, eine **verstärkte** vermittlerische **Unterstützung** erhalten. Es hat zu prüfen, ob durch die Beauftragung Dritter (§ 37a SGB III) mit der Vermittlung die berufliche Eingliederung „erleichtert“ werden kann. So wird das Arbeitsamt in die Lage versetzt, Kenntnisse und Fähigkeiten Dritter zu nutzen, die ihm nicht oder nicht in dem Maße zur Verfügung stehen, indem der Dritte Leistungen zur beruflichen Eingliederung erbringt.

Das Arbeitsamt kann Dritte mit der Vermittlung insgesamt oder mit Teilaufgaben der Vermittlung beauftragen. Dabei bleibt die Gesamtverantwortung weiterhin beim Arbeitsamt, das die Tätigkeit der Dritten auch überwacht. Die durch die Einschaltung Dritter

---

[7]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 35 SGB III, S. 31.

beabsichtigte **beschleunigte Vermittlung** und dadurch bedingte **Verkürzung der Dauer der Arbeitslosigkeit** mildert die Folgen der Arbeitslosigkeit und ist damit auch eine Maßnahme der **Prävention**.

3.12 § 37a SGB III - Beauftragung Dritter mit der Vermittlung

Ein Arbeitsloser kann vom Arbeitsamt nach **§ 37a Abs. 1 Satz 4 SGB III** die Beauftragung eines Dritten mit seiner Vermittlung verlangen, wenn er sechs Monate nach Eintritt seiner Arbeitslosigkeit noch arbeitslos ist. Dieser Rechtsanspruch des Arbeitslosen unterstreicht die präventive Bedeutung der Einschaltung Dritter in das Vermittlungsverfahren (§ 37 SGB III).

Das Arbeitsamt kann nach **§ 37a Abs. 2 SGB III** Träger von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen sowie Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer Anspruch auf Kurzarbeitergeld haben, mit der Vermittlung der geförderten Arbeitnehmer beauftragen. Damit sollen die **Vermittlungsmöglichkeiten** der betroffenen Arbeitnehmer **„verbessert“** werden.[8]

3.13 § 45 SGB III - Leistungen

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) am Beginn des Ersten Abschnitts über die Unterstützung der Beratung und Vermittlung.

Arbeitslose und „**von** der **Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende“** sowie Ausbildungssuchende können zur Beratung und Vermittlung unterstützende Leistungen erhalten, soweit der Arbeitgeber gleichartige Leistungen nicht oder voraussichtlich nicht erbringen wird und sie die erforderlichen Mittel nicht selbst aufbringen können. Unterstützende Leistungen sind Bewerbungskosten und Reisekosten für Fahrten zur Berufsberatung, Vermittlung, Eignungsfeststellung und zu Vorstellungsgesprächen.

---

[8]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 37a SGB III, S. 31.

Die am **individuellen Bedürfnis** orientierten unterstützenden Leistungen haben bezüglich Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, **präventiven Charakter**, da sie insoweit im Vorfeld frühzeitig einer vorübergehenden oder dauernden Arbeitslosigkeit abhelfen wollen.

Von der **Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer** sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Beendigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und **voraussichtlich** nach Beendigung der Beschäftigung **arbeitslos** werden (§ 17 SGB III). Mit der Beendigung der Beschäftigung ist zu rechnen bei Kündigung, Ablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses, Aufhebungsvertrag, Eröffnung des Konkursverfahrens oder anstehenden betrieblichen Massenkündigungen.

3.14 § 48 SGB III Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) im Zweiten Abschnitt über die Verbesserung der Eingliederungsaussichten.

Arbeitslose und „von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende“ können nach **§ 48 Abs. 1 SGB III** bei Tätigkeiten und bei Teilnahme an Maßnahmen, die zur **Verbesserung** ihrer Eingliederungsaussichten beitragen (Maßnahmen zur Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen), **gefördert** werden, wenn die Tätigkeit oder Maßnahme geeignet und angemessen ist, die Eingliederungsaussichten zu verbessern und auf Vorschlag oder mit Einwilligung des Arbeitsamtes erfolgt. Die Förderung umfasst die Übernahme von Maßnahmekosten.

Die Maßnahmen zur **Eignungsfeststellung** und die **Trainingsmaßnahmen** haben bezüglich Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, **präventiven Charakter**, so etwa nach der Kündigung oder vor Ablauf eines befristeten Arbeitsverhältnisses. Von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Beendigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und voraussichtlich nach Beendigung der Beschäftigung arbeitslos werden (§ 17 SGB III). Die Maßnahmen können **schon vor Beginn der Arbeitslosigkeit** stattfinden, sei es, dass sie außerhalb der Beschäftigungszeit angeboten werden, sei es, dass der Arbeitssuchende dazu freigestellt

wird. Damit wird **Arbeitslosigkeit** möglichst **vermieden** oder deren Dauer möglichst verkürzt.[9]

Maßnahmen zur Eignungsfeststellung **(Assessment-Verfahren)** sind vorbereitende Maßnahmen, in denen Kenntnisse und Fähigkeiten, das Leistungsvermögen und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitslosen oder von der Arbeitslosigkeit bedrohten sowie sonstige, für die Eingliederung bedeutsame Umstände ermittelt werden und unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage festgestellt wird, für welche berufliche Tätigkeit oder Leistung der aktiven Arbeitsförderung er geeignet ist (§ 49 Abs. 1 SGB III).

Trainingsmaßnahmen sind kurzzeitige Qualifikationsmaßnahmen, die die Selbstsuche des Arbeitslosen oder **von der Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden** sowie seine Vermittlung unterstützen oder die Arbeitsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit des Arbeitslosen oder von der Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden prüfen und dem Arbeitslosen oder von der Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden notwendige Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um eine **Vermittlung** in Arbeit oder einen erfolgreichen Abschluss einer beruflichen Aus- oder Weiterbildung erheblich zu **erleichtern** (§ 49 Abs. 2 SGB III).

Die Dauer der Maßnahmen darf insgesamt 12 Wochen nicht übersteigen (§ 49 Abs. 3 SGB III). Die Förderung unterliegt gewissen Einschränkungen (§ 51 Nr. 1 und 2 SGB III).

Über die Tätigkeit oder die Teilnahme an einer Maßnahme soll nach **§ 48 Abs. 3 SGB III** dem Arbeitslosen oder „von Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitssuchenden“ eine Bescheinigung ausgestellt werden, aus der sich mindestens Art und Inhalt der Tätigkeit oder Maßnahme ergibt.

3.15 § 53 SGB III - Mobilitätshilfen

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) im Dritten Abschnitt über die Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung.

---

[9]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 48 SGB III, S. 32.

Arbeitslose und **„von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende“**, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, können nach § 53 Abs. 1 SGB III gefördert werden, soweit dies zur Aufnahme der Beschäftigung notwendig ist und sie die erforderlichen Mittel nicht selbst aufbringen können.

Die Mobilitätshilfen bei Aufnahme einer Beschäftigung umfassen Übergangsbeihilfe bis zur ersten Zahlung von Arbeitsentgelt, Ausrüstungsbeihilfe für Arbeitskleidung und Arbeitsgerät, Reisekostenbeihilfe zum Antritt einer Arbeitsstelle, Fahrkostenbeihilfe für die Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, Trennungskostenbeihilfe und Umzugskostenbeihilfe (§ 53 Abs. 2 SGB III).

Die am **individuellen Bedürfnis** orientierten Mobilitätshilfen haben bezüglich Personen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, **präventiven Charakter**, da sie insoweit **im Vorfeld** frühzeitig einer vorübergehenden oder dauernden **Arbeitslosigkeit abhelfen** wollen. Von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Beendigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und voraussichtlich nach Beendigung der Beschäftigung arbeitslos werden (§ 17 SGB III).

3.16 § 57 SGB III - Überbrückungsgeld

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) im Vierten Abschnitt über die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit.

Arbeitnehmer, die durch Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit die „**Arbeitslosigkeit** beenden oder **„vermeiden“**, können nach § 57 Abs. 1 SGB III zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung Überbrückungsgeld erhalten.

Unterstützt wird mit **präventiver Ausrichtung** der unmittelbare Zugang aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in eine selbständige Tätigkeit. Die frühere Förderungsvoraussetzung einer mindestens vierwöchigen Arbeitslosigkeit vor Aufnahme der selbständigen Tätigkeit („Wartezeit“) ist durch das Job-AQTIV-Gesetz entfallen.

3.17 § 61 SGB III - Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) im Fünften Abschnitt über die Förderung der Berufsausbildung.

Auszubildende haben Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe während einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme, wenn die berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme förderungsfähig ist (§ 59 SGB III). Eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen ist nach § 61 Abs. 1 SGB III förderungsfähig, wenn sie auf die Aufnahme einer Ausbildung vorbereitet oder der „**beruflichen Eingliederung** dient“ und damit zur „Erleichterung der beruflichen Eingliederung“ beiträgt (dazu § 61 Abs. 2 Nr. 1 SGB III).

Die Berufsausbildungsbeihilfe hat mit ihrem Ziel, eine spätere berufliche Eingliederung des Auszubildenden zu **erleichtern**, eine eindeutig **präventive Tendenz**.

3.18 § 77 SGB III - Grundsatz (Weiterbildung)

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) am Beginn des Sechsten Abschnitts über die **Förderung** der beruflichen **Weiterbildung**.

Arbeitnehmer können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach § 77 Abs. 1 Nr. 1 SGB III bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen durch Übernahme der Weiterbildungskosten und Leistung von Unterhaltsgeld gefördert werden, wenn die Weiterbildung unter anderem notwendig ist, um „eine ihnen **drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden**“.[10]

Von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Beendigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und voraussichtlich nach Beendigung der Beschäftigung arbeitslos werden (§ 17 SGB III). Die Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Abwendung von Arbeitslosigkeit verfolgt **präventive Ziele**.

---

[10]) Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit v. 23.10.1997, ANBA 1997, 1687 (§ 96 SGB III).

3.19 § 86 SGB III - Anerkennung für die Weiterbildungsförderung

Die Anerkennung einer Maßnahme für die Weiterbildungsförderung setzt nach § 86 Abs. 1 Nr. 3 SGB III unter anderem voraus, dass der Träger der Maßnahme sich verpflichtet, durch eigene **Vermittlungsbemühungen** die berufliche **Eingliederung** der Teilenehmer zu **unterstützen**. Bildungsträger gewinnen während der Durchführung ihrer Weiterbildungsmaßnahmen besondere Erkenntnisse über die Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten der Maßnahmeteilnehmer. Diese Erkenntnisse sowie die Kontakte der Bildungsträger zur Wirtschaft sollen im Interesse der beruflichen Eingliederung von Weiterbildungsabsolventen durch eigene gezielte Vermittlungsbemühungen der Bildungsträger genutzt werden.[11] Der **Vermittlungsprozess** wird damit **beschleunigt** und verbessert.

3.20 § 93 SGB III - Qualitätsprüfung

Das Arbeitsamt und der Träger der Weiterbildungsmaßnahme haben nach § 93 Abs. 3 SGB III nach Ablauf der Maßnahme gemeinsam eine Bilanz zu erstellen, die Aufschluss über die Eingliederung der Teilnehmer und die Wirksamkeit der Maßnahme gibt. Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg beruflicher Weiterbildung ist die arbeitsmarktliche Verwertbarkeit der vermittelten Qualifikationen. Auch eine hochwertige Weiterbildung führt letztlich zur Demotivation der Teilnehmer, wenn sie am Arbeitmarkt vorbei geht.[12]

Die Wirksamkeitskontrolle dient dazu, **Weiterbildungsangebote** zu bewerten und zu **verbessern** und hat damit auch eine präventive Ausrichtung.

3.21 § 97 SGB III - Teilhabe am Arbeitsleben (Behinderte Menschen)

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) am Beginn des Siebten Abschnitts über die Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

---

[11]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 86 SGB III, S. 34.
[12]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 93 SGB III, S. 35.

Behinderten Menschen können nach § 97 Abs. 1 SGB III Leistungen zur **Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben** erbracht werden, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um ihre **Erwerbsfähigkeit** „zu **erhalten**, zu **bessern**, herzustellen oder wiederherzustellen“ und ihre Teilhabe am Arbeitsleben „zu sichern“.

Die Maßnahmen bezüglich der Stärkung der Erwerbsfähigkeit und zur Sicherung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen haben präventiven Charakter. Zum **präventiven Gehalt** dieser Maßnahmen im einzelnen vgl. die Ausführungen zu **§ 33 SGB IX**.

3.22 § 101 SGB III - Besonderheiten (Behinderte Menschen)

Mobilitätshilfe kann nach § 101 Abs. 1 SGB III bei Aufnahme einer Beschäftigung auch erbracht werden, wenn der behinderte Mensch nicht arbeitslos ist und durch Mobilitätshilfen eine **„dauerhafte“ Teilnahme** am Arbeitsleben erreicht werden kann.

Die Vorschrift erweitert den Zweck der Mobilitätshilfen, die Aufnahme einer Beschäftigung zu fördern (§ 53 SGB III), für behinderte Menschen um eine weitere **präventive Zielsetzung**, nämlich die **Sicherung des Arbeitplatzes** im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses.

3.23 § 102 SGB III - Grundsatz (Besondere Leistungen für behinderte Menschen)

Besondere Leistungen für behinderte Menschen sind nach § 102 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III anstelle der allgemeinen Leistungen zu erbringen, wenn Art oder Schwere der Behinderung oder die **„Sicherung** der **Teilhabe am Arbeitsleben“** die Teilnahme an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme unerlässlich machen. Besondere Leistungen (§ 103 SGB III) sind Übergangsgeld nach den §§ 160 bis 163 SGB III, Ausbildungsgeld (§ 104 SGB III) und Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme (§ 109 SGB III).

Die Vorschrift hat mit der Sicherung des Arbeitplatzes im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses eine **präventive Ausrichtung**.

3.24 § 169 SGB III - Anspruch (Kurzarbeitergeld)

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) im Achten Abschnitt über Entgeltersatzleistungen.

Kurzarbeitergeld wird gewährt für Zeiten, in denen aus bestimmten Gründen in einem Betrieb verkürzt gearbeitet wird oder die Arbeit ganz ausfällt. Das **Kurzarbeitergeld** kompensiert den hierdurch entstehenden Entgeltausfall und führt damit zu einer **Entlastung des Arbeitgebers**. Persönliche Voraussetzung für einen Anspruch auf Kurzarbeitergeld ist, dass der Arbeitnehmer nach Beginn des Arbeitsausfalls eine versicherungspflichtige Beschäftigung fortsetzt oder aus zwingenden Gründen aufnimmt und das Arbeitsverhältnis nicht betriebsbedingt gekündigt oder durch einen Aufhebungsvertrag aufgelöst wird (§ 172 Abs. 1 SGB III). Kurzarbeitergeld gehört zu den Leistungen der aktiven Arbeitsförderung (§ 3 Abs. 4 SGB III).

Zweck des Kurzarbeitergeldes ist in erster Linie **Arbeitsplätze** zu **stabilisieren** und nach Möglichkeit **Arbeitslosigkeit** zu **verhindern**.[13]

3.25 § 209 SGB III - Anspruch (Winterausfallgeld)

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen an Arbeitnehmer) im Neunten Abschnitt über die **Förderung** der **ganzjährigen Beschäftigung** in der **Bauwirtschaft**.

Arbeitnehmer der Bauwirtschaft haben Anspruch auf Winterausfallgeld bei witterungsbedingtem Arbeitsausfall in der Schlechtwetterzeit (§ 209 Nr. 2 SGB III). Die Regelung geht davon aus, dass die Arbeitnehmer bei einem witterungsbedingten Arbeitsausfall in der Schlechtwetterzeit zunächst Leistungen ihres Arbeitgebers als Winterausfallgeld-Vorausleistung erhalten. Entsprechende Ansprüche können sich aus einem Tarifvertrag, einer Betriebsvereinbarung oder aus dem Arbeitsvertrag des betroffenen Arbeitnehmers ergeben (§ 211 Abs. 3 SGB III). Diese arbeitsrechtlichen Ansprüche werden sodann durch die Leistungen nach dem SGB III ergänzt.[14]

---

[13]) Vgl. BSG, 30.5.1978, BSGE 46, 218, 221; 23.11.1988, BSGE 64, 185, 188.
[14]) Gitter/Schmitt, Sozialrecht, 5. Aufl., § 30 Rdnr. 71.

Die **Förderungsvoraussetzungen** sind erfüllt, wenn das **Arbeitsverhältnis** des Arbeitnehmers in der Schlechtwetterzeit nicht aus witterungsbedingten Gründen **gekündigt** werden kann (§ 210 Nr. 2 SGB III). Zuschuss-Winterausfallgeld betrifft den Fall, dass die vereinbarte Wintergeld-Vorausleistung niedriger ist als das Arbeitsentgelt (§ 213 Abs. 1 SGB III). Winterausfallgeld betrifft den Fall, dass der typischerweise zeitlich begrenzte Anspruch auf Wintergeld-Vorausleistungen erschöpft ist (§ 214 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB III).

Zweck des Winterausfallgeldes ist es, den Fortbestand von Beschäftigungsverhältnissen in der Bauwirtschaft während der Schlechtwetterzeit zu sichern und damit **Arbeitslosigkeit** zu **verhüten**.[15]

3.26 § 217 SGB III - Grundsatz (Eingliederungszuschüsse)

Die Vorschrift steht im Fünften Kapitel (Leistungen an Arbeitgeber) im Ersten Abschnitt über die Eingliederung von Arbeitnehmern.

Arbeitgeber können nach dieser Vorschrift zur Eingliederung von förderungsbedürftigen Arbeitnehmern **Zuschüsse** zu den Arbeitsentgelten zum **Ausgleich von Minderleistungen** erhalten. Förderungsbedürftig sind Arbeitnehmer, die ohne den Zuschuss nicht oder „nicht dauerhaft“ in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können. Eingliederungszuschüsse werden bei Einarbeitung, bei erschwerter Vermittlung, für ältere Arbeitnehmer (nach Vollendung des 55. Lebensjahres ohne „Wartezeit“) und für jüngere Arbeitnehmer (vor Vollendung des 25. Lebensjahres, insbesondere arbeitslose Jugendliche ohne Schulabschluss) erbracht (§ 218 Abs. 1 SGB III).

Zweck der Regelung ist es, durch einen finanziellen Anreiz für den Arbeitgeber die betroffenen **Arbeitnehmer besser vermitteln** zu können.

3.27 § 229 SGB III - Grundsatz (Jobrotation)

Die Vorschrift steht im Fünften Kapitel (Leistungen an Arbeitgeber) im Ersten Abschnitt über die Eingliederung von Arbeitnehmern.

Arbeitgeber, die einem Arbeitnehmer die Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung ermöglichen und dafür eine Arbeitslosen einstellen, können nach § 229 Satz 1 SGB III einen Zuschuss in Höhe von 50 bis 100 Prozent des Arbeitsentgelts des Vertreters erhalten. Das Arbeitsamt kann Dritte mit den - mitunter aufwändigen - Vorbereitungs- und Durchführungsaufgaben der Job-Rotation beauftragen und durch Zuschüsse fördern (§ 232 Satz 1 SGB III). Auf diese Art und Weise kann die bestehende Förderstruktur eingesetzt und Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik zusammengeführt werden.

Durch die Jobrotation wird einerseits die **Freistellung des Beschäftigten** zur beruflichen Weiterbildung **ermöglicht** und andererseits einem Arbeitslosen eine neue, zumindest befristete Chance geboten, seine Wiedereingliederungschancen zu verbessern. Die **Reintegrationschancen der Arbeitslosen**, die durch die Vertretungstätigkeit im Unternehmen nicht nur praktische Arbeitserfahrung erwerben, sondern auch ein **„Probebeschäftigungsverhältnis“** werden verbessert.[16] Bei Bewährung werden sie möglicherweise übernommen. Die berufliche Weiterbildung sichert prospektiv den Arbeitsplatz des weitergebildeten Arbeitnehmers und verbessert die Eingliederungsaussichten des vertretungsweise tätigen Arbeitslosen. Job-Rotation hat damit zumindest **mittelbar** eine **präventive Wirkung**.

3.28 § 235b SGB III - Erstattung der Praktikumsvergütung

Die Vorschrift steht im Fünften Kapitel (Leistungen an Arbeitgeber) im Zweiten Abschnitt über berufliche Ausbildung, berufliche Weiterbildung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Arbeitgeber können nach § 235b Abs. 1 durch Erstattung der Praktikumsvergütung gefördert werden, wenn sie Auszubildenden im Rahmen eines Praktikums Grundkenntnisse und -fertigkeiten vermitteln, die für eine **Berufsausbildung förderlich sind**, und das Praktikum mit einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme in Teilzeit (§ 61 Abs. 3 SGB III) verbunden ist. Förderungsfähig sind nach § 235b Abs. 2 Betriebspraktika, die berufs- und berufsbereichsbezogene fachliche sowie soziale Kompetenzen vermitteln, die einen Übergang in eine Berufsausbildung „erleichtern“.

---

[15]) Waltermann, Sozialrecht, 2. Aufl., Rn. 402.
[16]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 229 SGB III, S. 39.

Die Qualifizierung für eine Berufsausbildung trägt dazu bei, **spätere Arbeitslosigkeit** zu **vermeiden** und hat in diesem Sinne **(mittelbar) präventiven Charakter**.

3.29 § 235c SGB III - Förderung der beruflichen Weiterbildung

Arbeitgeber können nach § 235c Abs. 1 SGB III für die berufliche Weiterbildung von Arbeitnehmern, bei denen die Notwendigkeit der Weiterbildung wegen eines fehlenden Berufsabschlusses anerkannt ist, durch Zuschüsse zum Arbeitsentgelt gefördert werden, soweit die Weiterbildung im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durchgeführt wird. Dem Arbeitgeber werden Anreize gegeben, den weiterbildungswilligen Arbeitnehmer für die Weiterbildung freizustellen.

Die **Nachqualifizierung** ungelernter bzw. geringqualifizierter Arbeitnehmer im Rahmen eines weiterbestehenden Arbeitsverhältnisses **vermeidet** den möglichen **Verlust des Arbeitsplatzes** wegen unzureichender Kenntnisse und Fähigkeiten mit anschließender Arbeitslosigkeit und hat in diesem Sinne **(mittelbar) präventiven Charakter**.

3.30 § 240 SGB III - Grundsatz (Leistungen an Träger)

Die Vorschrift steht im Sechsten Kapitel (Leistungen an Träger) am Beginn des Ersten Abschnitts über die Förderung der Berufsausbildung und Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen.

Träger von Maßnahmen zur beruflichen Ausbildung können nach § 240 Nr. 1 SGB III durch Zuschüsse gefördert werden, wenn sie durch zusätzliche Maßnahmen zur betrieblichen Ausbildung für förderungsbedürftige Auszubildende (§ 242 SGB III) diesen eine berufliche Ausbildung ermöglichen und ihre **„Eingliederungsaussichten verbessern“**. Damit wird vorausschauend die spätere erfolgreiche Teilhabe der Auszubildenden am Arbeitsleben gezielt unterstützt.

3.31 § 241 SGB III - Förderungsfähige Maßnahmen

Förderungsfähig sind nach **§ 241 Abs. 1 Satz 1 SGB III** Maßnahmen, die eine betriebliche Ausbildung unterstützen und über betriebs- und ausbildungsübliche Inhalte hinausgehen (ausbildungsbegleitende Hilfen).

Außerhalb einer betrieblichen oder außerbetrieblichen Ausbildung sind nach **§ 241 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB III** unter anderem Maßnahmen förderungsfähig, die ausbildungsbegleitende Hilfen nach erfolgreicher Beendigung einer Ausbildung zur „Festigung eines Arbeitsverhältnisses" fortsetzen und dafür erforderlich sind (Übergangshilfen).

Gefördert werden nach **§ 241 Abs. 3a SGB III** niedrigschwellige Angebote „im Vorfeld" von Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung, die Jugendliche, die auf andere Weise nicht erreicht werden können, für eine berufliche Qualifizierung „motivieren" (Aktivierungshilfen).

Übergangshilfen dienen dem **Erhalt eines Arbeitplatzes**, Aktivierungshilfen bereiten eine Eingliederung in das Arbeitsleben vor, beide Maßnahmen haben damit eine **präventive Ausrichtung**. Eine Förderung ist nur möglich, wenn Dritte sich mindestens zur Hälfte an der Finanzierung beteiligen.

An der Finanzierung beteiligt dürften im Regelfall die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sein. Damit soll die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Arbeitsamt und Jugendhilfeträger, die bereits in § 9 Abs. 3 sowie in den §§ 13 und 81 SGB VIII verankert ist, noch stärker betont werden.[17]

3.32 § 246a SGB III - Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen

Träger können nach dieser Vorschrift bis zur Dauer von sechs Monaten durch Zuschüsse gefördert werden, wenn sie durch zusätzliche Hilfen für förderungsbedürftige Arbeitnehmer diesen die **betriebliche Eingliederung** ermöglichen und ihre Aussichten auf **dauerhafte** berufliche **Eingliederung** verbessern (Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen). Förderungsbedürftig sind jüngere Arbeitnehmer, die wegen der in ihrer Person lie-

---

[17]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 241 SGB III, S. 41.

genden Gründe ohne die Förderung ein Arbeitsverhältnis nicht begründen oder „festigen“ können (§ 246 b SGB III).

Die Festigung des Arbeitsverhältnisses dient dem **Erhalt des Arbeitplatzes** und **beugt** einer **Arbeitslosigkeit** vor. Die begleitende Eingliederungshilfe hat damit eine **präventive Ausrichtung**.

3.33 § 254 SGB III - Grundsatz (Sozialplanmaßnahmen)

Die Vorschrift steht im Sechsten Kapitel (Leistungen an Träger) im Vierten Abschnitt über Zuschüsse zu Sozialplanmaßnahmen.

Die in einem Sozialplan vorgesehenen Maßnahmen zur Eingliederung von Arbeitnehmern in den Arbeitsmarkt können durch Zuschüsse gefördert werden. Förderungsfähig ist eine Maßnahme unter bestimmten weiteren Anforderungen nach § 255 Abs. 1 Nr. 1 SGB III dann, wenn die in der Maßnahme zu fördernden **Arbeitnehmer** infolge eine geplanten Betriebsänderung **„von Arbeitslosigkeit bedroht“** sind. Von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Beendigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und voraussichtlich nach Beendigung der Beschäftigung arbeitslos werden (§ 17 SGB III).

Die Zuschüsse zu den in einem Sozialplan vorgesehenen Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes haben zum Ziel, **Arbeitslosigkeit** gar **nicht erst entstehen** zu lassen, und damit eine **präventive Ausrichtung**.[18]

3.34 § 260 SGB III - Grundsatz (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen)

Die Vorschrift steht im Sechsten Kapitel (Leistungen an Träger) im Fünften Abschnitt über Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen.

Träger von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen können unter bestimmten weiteren Voraussetzungen nach § 260 Abs. 1 Nr. 2 SGB III für die Beschäftigung von zugewiesenen Arbeit-

---

[18]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu §§ 255 und 257 SGB III, S. 42.

nehmern durch Zuschüsse und Darlehen gefördert werden, wenn die Träger oder durchführenden Unternehmen Arbeitsverhältnisse mit vom Arbeitsamt zugewiesenen förderungsbedürftigen Arbeitnehmern begründen, die **durch** die **Arbeit „beruflich stabilisiert** oder qualifiziert“ und deren „Eingliederungsaussichten dadurch verbessert“ werden können.[19] Arbeitnehmer sind insbesondere förderungsbedürftig, wenn sie arbeitslos sind (keine „Wartezeit“) und allein durch eine Förderung in einer Arbeitsbeschaffungs- oder Strukturanpassungsmaßnahme eine Beschäftigung aufnehmen können (§ 263 Abs. 1 Nr. 1 SGB III) sowie weitere Anforderungen erfüllen.

Berufliche Stabilisierung und Qualifizierung durch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen mit dem ausdrücklichen Ziel, die **Eingliederung in das Arbeitsleben** zu **verbessern**, verfolgt unmittelbar einen **präventiven Zweck**.

3.35 § 261 SGB III - Förderungsfähige Maßnahmen

Die Träger oder durchführenden Unternehmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen haben nach § 261 Abs. 5 SGB III spätestens bei Beendigung der Beschäftigung des geförderten Arbeitnehmers eine Teilnehmerbeurteilung für das Arbeitsamt auszustellen, die auch Aussagen zur Beurteilung der weiteren beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitnehmers enthält. Damit sollen die anschließende Arbeitsvermittlungen der Arbeitsämter erleichtert und die **beruflichen Perspektiven** der geförderten Arbeitnehmer **verbessert** werden.[20] Die Vorschrift entfaltet damit eine **präventive Wirkung** im Hinblick auf die Eingliederungsaussichten der betroffenen Arbeitnehmer.

3.36 § 272 SGB III - Grundsatz (Strukturanpassungsmaßnahmen)

Die Vorschrift steht im Sechsten Kapitel (Leistungen an Träger) im Sechsten Abschnitt über Förderung von Strukturanpassungsmaßnahmen.

Träger von Strukturanpassungsmaßnahmen können unter bestimmten Voraussetzungen für die Beschäftigung von zugewiesenen Arbeitnehmern durch Zuschüsse gefördert werden,

---

[19]) Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit v. 23.10.1997, ANBA 1997, 1689 (§ 271 SGB III).

wenn die Träger oder durchführenden Unternehmen **Arbeitsverhältnisse** mit vom Arbeitsamt zugewiesenen förderungsbedürftigen Arbeitnehmern **begründen**. Arbeitnehmer sind förderungsbedürftig, wenn sie **„von Arbeitslosigkeit bedroht“** sind und allein durch die Förderung in einer Strukturanpassungs- oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahme eine Beschäftigung aufnehmen können (§ 274 Abs. 1 Nr. 1 SGB III) sowie weitere Anforderungen erfüllen. Von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Beendigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und voraussichtlich nach Beendigung der Beschäftigung arbeitslos werden (§ 17 SGB III).

Die Zuschüsse im Rahmen von Strukturanpassungsmaßnahmen zum **Erhalt des Arbeitsplatzes** haben zum Ziel, **Arbeitslosigkeit** zu **verhüten**, und damit eine **präventive Ausrichtung**.

3.37 § 282 SGB III - Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Die Bundesanstalt für Arbeit hat Lage und Entwicklung der Beschäftigung und des Arbeitsmarktes im allgemeinen und nach Berufen, Wirtschaftszweigen und Regionen sowie die Wirkungen der aktiven Arbeitsförderung zu beobachten, zu untersuchen und auszuwerten (§ 280 SGB III). **Wirkungsforschung** hat besondere Bedeutung für die Weiterentwicklung sowie den effizienten und effektiven Einsatz des arbeitsmarktpolitischen Instrumentariums.[21] Die Bundesanstalt für Arbeit unterhält dazu das **Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung** (IAB).

Für die Wirkungsforschung im Bereich der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind in § 282 Abs. 2 bis 4 SGB III zur Qualitätssicherung bestimmte Mindestanforderungen festgeschrieben, die sich an alle Arbeitsmarktforscher richten. Die Wirkungsforschung soll nach **§ 282 Abs. 3 Nr. 1 SGB III** insbesondere die Untersuchung umfassen, in welchem Ausmaß die Teilnahme an einer Maßnahme die **Vermittlungsaussichten** der Teilnehmer **„verbessert“** und ihre **Beschäftigungsfähigkeit „erhöht“**. Gegenstand der Wirkungsfor-

---

[20]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 261 SGB III, S. 43.
[21]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 282 SGB III, S. 48.

schung sind damit ausdrücklich auch die **präventiven Auswirkungen** der aktiven Arbeitsmarktpolitik.

Präventiven Zwecken dient auch **§ 282 Abs. 7 SGB III**, wonach die Bundesanstalt für Arbeit Fremdforschung dadurch unterstützt, dass sie wissenschaftlichen Einrichtungen auf Antrag oder Ersuchen anonymisierte Daten, die für Zwecke der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung erforderlich sind, übermittelt.

3.38 § 373 SGB III - Beteiligung an Gesellschaften

Die Vorschrift steht im Elften Kapitel (Organisation und Datenschutz) im Ersten Abschnitt über die Bundesanstalt für Arbeit.

Die Bundesanstalt für Arbeit kann nach dieser Vorschrift die Mitgliedschaft in Vereinen erwerben und mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie des Bundesministeriums für Finanzen Gesellschaften gründen oder sich an Gesellschaften beteiligen, wenn dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB III zweckmäßig ist.

Die **Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeit** enthält wie bisher § 1 SGB III (bis zum 31.12.2001: „Aufgaben der Arbeitsförderung"), der nunmehr mit „Zielen der Arbeitsförderung" überschrieben ist. Die Leistungen sind danach **präventiv insbesondere** darauf auszurichten, das Entstehen von **Arbeitslosigkeit „zu vermeiden"** oder die Dauer der **Arbeitslosigkeit** „zu **verkürzen**".

Die Bundesanstalt für Arbeit ist damit im Rahmen der aktiven Arbeitsförderung auch ermächtigt, **selbst Einrichtungen mit präventiver Zielsetzung** zu unterhalten oder fremden Einrichtungen mit präventiver Zielsetzung beizutreten.

3.39 § 402 SGB III - Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten

Die Vorschrift steht im Elften Kapitel (Organisation und Datenschutz) im Fünften Abschnitt über Datenschutz.

Die Bundesanstalt für Arbeit darf Sozialdaten (vgl. § 67 Abs. 1 SGB X) nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben erforderlich ist. Ihre Aufgaben sind nach § 402 Abs. 1 Satz 2 SGB III unter anderem die Erbringung von Leistungen der Arbeitsförderung an Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Träger von Arbeitsförderungsmaßnahmen (Nr. 2) sowie die Erstellung von Statistiken, Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Berichterstattung (Nr. 3).

Die Vorschriften über den Datenschutz **unterstützen** damit die **präventiven Leistungen** der Bundesanstalt für Arbeit zur aktiven Arbeitsförderung und ermöglichen ihr eine wirksame präventionsbezogene Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

3.40 § 417 SGB III - Förderung beschäftigter Arbeitnehmer

Die Vorschrift steht im Dreizehnten Kapitel (Sonderregelungen) im Zweiten Abschnitt über Ergänzungen für übergangsweise mögliche Leistungen.

Arbeitnehmer in kleinen oder mittleren Unternehmen können nach **§ 417 Abs. 1 SGB III** unter bestimmten weiteren Voraussetzungen bei Teilnahme an einer für die Weiterbildungsförderung anerkannten Maßnahme durch Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden, wenn sie bei Beginn der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben (Nr. 1) und im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses für die Zeit der Teilnahme an der Maßnahme weiterhin Anspruch auf Arbeitsentgelt haben (Nr. 3).

Die Qualifizierung älterer Arbeitnehmer hat das präventiv ausgerichtete Ziel, die Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer „zu verbessern“ sowie der Langzeitarbeitslosigkeit Älterer „dauerhaft vorzubeugen“.

Nimmt ein „von Arbeitslosigkeit bedrohter Arbeitnehmer“ im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts an einer Maßnahme der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahme oder an einer anerkannten beruflichen Weiterbildungsmaßnahme teil, kann unter bestimmtenweiteren Voraussetzungen nach **§ 417 Abs. 2 SGB III** an den Arbeitgeber bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Auslaufphase) ein Zuschuss zum Arbeitsentgelt erbracht werden. Von der Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer sind Personen, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, alsbald mit der Be-

endigung ihrer Beschäftigung rechnen müssen und voraussichtlich nach Beendigung der Beschäftigung arbeitslos werden (§ 17 SGB III).

Es handelt sich um eine Maßnahme der präventiven Arbeitsmarktpolitik. Sie soll Arbeitnehmern die Gelegenheit geben, bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit noch während eines bestehenden Arbeitsverhältnisses an Maßnahmen teilzunehmen, die notwendig sind, um Anschlussbeschäftigung eingehen zu können.[22]

[22]) BT-Drucksache 14/6944, aaO., zu § 417 SGB III, S. 51.

4. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung

4.1 § 1 SGB V – Solidarität und Eigenverantwortung

Die Eingangsvorschrift des SGB V enthält eine **Trias von Zielsetzungen**: In Satz 1 wird die – dreifache – Aufgabe der Krankenversicherung allgemein beschrieben, wobei der Hinweis auf die „Solidargemeinschaft“ auch bereits als Hinweis auf Satz 2 verstanden werden kann[1].

Satz 2 spricht die Versicherten und ihre Mitwirkungs-Pflichten im Hinblick auf die Ziele des Satz 1 an.

Satz 3 wendet sich an die Krankenkassen als Leistungserbringer nach dem SGB V.

Allen drei Sätzen des § 1 SGB V lassen sich präventive Grundgedanken und entsprechende gesetzgeberische Zielsetzungen entnehmen.

4.1.1 § 1 Satz 1 SGB V

Die Krankenversicherung hat nach **§ 1 Satz 1 SGB V** eine **dreifache Aufgabe**, nämlich die Erhaltung, die Wiederherstellung sowie die Verbesserung der Gesundheit (des Gesundheitszustandes) der Versicherten.

Eindeutig **primär-präventiven Charakter** haben Leistungen zur **„Erhaltung der Gesundheit** der Versicherten“; denn dabei geht es darum, einen vorhandenen Gesundheitszustand zu sichern, also eine Verschlechterung zu verhindern. Aktuell wird diese Aufgabe in den Fällen, in denen Risiken (im Verhalten, aber auch in den Verhältnissen) erkennbar sind, die eine Gefährdung der (z.Zt. noch vorhandenen, intakten) Gesundheit bedeuten.

[1] also nicht nur als ein spezifisches Beitragsbemessungssystem

Darüber hinaus kann dem § 1 Satz 1 SGB V auch ein Anwendungsbereich für Maßnahmen der **sekundären Prävention** zuerkannt werden; denn diese dient letztlich auch der Wiederherstellung eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes für den Fall, dass eine Früherkennung zu einem Krankheitsbefund geführt hat. Somit könnte man von diesem gedanklichen Ansatzpunkt her auch sagen, dass in einem derartigen Falle die Diagnostik der sekundären Prävention geeignet ist, zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beizutragen. Somit ist die sekundäre Prävention im Übrigen nicht nur eine allein diagnostische Maßnahme; bei Einbeziehung der mittelbar angestrebten Ziele entsprechender Maßnahmen kann jedoch insoweit eine Aufgabenzuweisung für den Bereich sekundärer Prävention im Hinblick auf die Ziele „Wiederherstellung" gesehen werden.

Zudem hat die Aufgabe, die Gesundheit zu erhalten, wohl auch **tertiär-präventive Bedeutung**. Dabei geht man davon aus, dass - bei individueller Betrachtungsweise - der Gesundheitszustand eines gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten zu erhalten, möglichst aber zu verbessern ist. Gleichwohl kann der „Erhalt", die Stabilisierung dieses (bereits geminderten) Gesundheitszustandes ein geeignetes Mittel sein, um dem Eintritt einer (weiteren) Behinderung vorzubeugen - genau das ist das Ziel der tertiären Prävention.

Unter Maßnahme zur **„Besserung des Gesundheitszustandes"** i.S.d. § 1 Satz 1 SGB V lassen sich zunächst Leistungen verstehen, die sich mit dem „allgemeinen Gesundheitszustand"[2] befassen und diesen auf ein qualitativ höheres Niveau heben; so verstanden geht es noch nicht um **primäre Prävention**, da eine Gefahrenlage nicht ersichtlich oder diagnostizierbar ist; üblich ist im Verwaltungsrecht für derartige Maßnahmen der Begriff „Vorsorge", die vom Gesetzgeber offenbar als ein Unterfall der Prävention betrachtet wird – nur so ist die terminologische Unklarheit des § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufzulösen.

Auf die Besserung des Gesundheitszustandes zielen jedoch auch sämtliche Maßnahmen der **Kuration** ab[3], die jedoch nach der herkömmlichen Terminologie lediglich bei einer

[2] vgl. § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V
[3] vgl. § 27 Abs. 1 Satz 1, 2.Alt. SGB V – Heilung von Krankheit

Frühbehandlung als (sekundär-)präventive Leistung verstanden wird. Erwägenswert ist ein auch diesbezüglich erweitertes Verständnis von Prävention.

4.1.2 § 1 Satz 2 und 3 SGB V

Betrachtet man die einzelnen Regelungsinhalte und die Struktur von **§ 1 Satz 2 und 3 SGB V** näher, dann ergibt sich Folgendes:

In Satz 2 werden **vier Pflichten** festgelegt, nämlich

- die Pflicht zur gesundheitsbewussten Lebensführung
- die Pflicht zur frühzeitigen Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen
- die Pflicht zur aktiven Mitwirkung an Krankenbehandlung sowie
- die Pflicht zur aktiven Mitwirkung an Maßnahmen der Rehabilitation.

Weiterhin sind in Satz 2 **vier Ziele** genannt, derentwegen diese Pflichten normiert sind, nämlich

- die Vermeidung des Eintretens von Krankheiten
- die Vermeidung von Behinderungen
- die Überwindung der Krankheitsfolgen sowie
- die Überwindung der Folgen einer Behinderung.

Daraus ergibt sich eine „Ziele/Pflichten-Matrix“, die in der Übersicht „Struktur des § 1 SGB V“ dargestellt (und um die Zuordnung von Präventionsebenen erweitert) ist.

Struktur des § 1 SGB V

Oberziele der GKV § 1 S. 1	**- Gesundheitszustand -**			
	bessern			
	erhalten		**wiederherstellen**	
Unterziele der GKV § 1 S. 2	Vermeidung		Überwindung	
Pflichten des Versicherten	des Eintretens von Krankheiten	von Behinderungen	der Krankheitsfolgen	der Folgen der Behinderung
gesundheitsbewusste Lebensführung	Primärprävention	Tertiärprävention	(z.T.) Tertiärprävention	(z.T.) Tertiärprävention
frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen	Sekundärprävention	(mittelbar) Sekundärprävention	----	----
aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung	----	(Kuration)	Kuration; Rehabilitation	Rehabilitation
aktive Mitwirkung an Maßnahmen der Rehabilitation	----	(Rehabilitation)	(Rehabilitation)	(Rehabilitation)
Pflichten der Krankenkassen § 1 S. 3 **Hilfen**	**A u f k l ä r u n g** **B e r a t u n g** **(H i l f e -) L e i s t u n g e n**			
Hinwirkungspflicht	**gesunde Lebensverhältnisse**			

4.1.3 Verhältnis von Zielsetzungen und Pflichten zueinander

Diese **Zielsetzungen und Pflichten** lassen sich unter dem Gesichtspunkt der Prävention in Beziehung zueinander setzen. Dabei zeigt sich, dass ein- und derselben Pflicht u.U. eine **mehrfache**, zuweilen auch verschiedenartige **Präventionswirkung** zukommt.

Beispiele:

- Der **gesundheitsbewussten Lebensführung** kommt primärpräventive Wirkung im Hinblick auf das Ziel „Vermeidung des Eintritts von Krankheiten“ zu; hinsichtlich des Ziels, den Eintritt von Behinderung zu vermeiden, hat die gesundheitsbewusste Lebensführung u.U. tertiär-präventive Wirkung; gleiches gilt im Hinblick auf die Zielsetzung „Überwindung“ von Krankheitsfolgen insoweit, als dadurch andere Krankheiten oder auch Verschlimmerungen (und Behinderungen) vermieden werden sollen. Sogar hinsichtlich des Ziels „Folgen von Behinderung überwinden“ wird man der Pflicht zur gesundheitsbewussten Lebensführung eine (wohl ebenfalls tertiär-) präventive Wirkung zuschreiben können.

- Betrachtet man die Pflicht zur **„frühzeitigen Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen“** i.S.d. SGB V unter Gesichtspunkten der Prävention, dann kann damit zwar nicht der Eintritt von Krankheit „primär-präventiv“ vermieden werden. Wirksam ist die Beteiligung an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (in Verbindung mit u.U. nachfolgender Kuration) dagegen im Hinblick auf die Überwindung der Folgen von Krankheiten; das gilt sowohl für diagnostische als auch therapeutische Vorsorgemaßnahmen (Früherkennung und Prophylaxe).

- Zweifel könnte man auch hinsichtlich des Ziels **„Vermeidung des Eintritts von Behinderungen“** durch „Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen“ haben. Allerdings ist Folgendes zu bedenken: Unmittelbar („direkt“) wird dieses Ziel zwar nicht verfolgt; es lässt sich jedoch sagen, dass mittelbar durch Früherkennung und u.U. entsprechende Frühbehandlung Behinderungen nicht nur sekundär-präventiv, sondern u.U. sogar auch primär-präventiv angegangen werden. Das Beispiel der effektiven und ökonomisch eindeutig vorteilhaften Programme zur Prävention von Stürzen und Frakturen zeigt, dass damit nicht nur Krankheitsfälle, sondern u.U. auch Behinderungen vermieden werden können.

4.1.4 Die Regelung der Verantwortlichkeiten

Diese dargelegten **Pflichten** zum **präventiven Schutz** der Gesundheit werden nach **§ 1 Satz 2 SGB V** ausdrücklich zunächst den **Versicherten** auferlegt. Das ergibt sich eindeutig aus dem Wortlaut, wonach die Versicherten für ihre Gesundheit „verantwortlich" sind; sie sollen diese gesetzlich im Einzelnen normierten Pflichten erfüllen, um die gesetzgeberischen Ziele (auch unter dem hier interessierenden Gesichtspunkt der Prävention) zu verwirklichen.

Allerdings besteht ebenso klar und deutlich **keine alleinige Verantwortlichkeit** der Versicherten. Das Gesetz sagt eindeutig, dass die Versicherten für ihre Gesundheit „mit"-verantwortlich sind; weiterhin heißt es im Gesetz, dass die Versicherten durch die Erfüllung der dort genannten Pflichten „dazu beitragen ... sollen", um die vier gesetzgeberischen Ziele des Satz 2 zu verwirklichen. Mit dieser gleichsam doppelten Einschränkung der Verantwortlichkeit der Versicherten hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, dass auch äußere Umstände, deren Änderung nicht in der Macht des einzelnen Versicherten liegt, ursächlich sein können für die Zustände, die in § 1 SGB V gerade als vermeidungsfähig angesehen werden.

Diese Vermutung wird **bestätigt durch § 1 Satz 3 2. Alt. SGB V**; darin wird die **Pflicht der Krankenkassen** normiert, „auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken". Was damit gemeint ist, ergibt sich im Gegenschluss aus § 1 Satz 3 1. HS SGB V. Diese Regelung befasst sich mit den unmittelbaren Beziehungen der Krankenkassen zu ihren Versicherten und nicht zu anderen Personen oder Gegebenheiten, bezieht sich also nicht auf Verhältnisse, die - weil sie offensichtlich derzeit noch als ungesund bewertet werden müssen - unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes verbessert werden müssen.

4.1.5 Bedeutung für die Prävention

Zum Regelungsgehalt des **§ 1 Satz 3 SGB V** unter dem Gesichtspunkt der Prävention ist Folgendes zu sagen: Die 2. Alternative dieses Satzes zielt offensichtlich auf Maßnahmen der sogenannten **Verhältnisprävention ab**[4].

Der präventive Gehalt von § 1 Satz 3 1. Alt. erschließt sich aus folgender Erwägung: Diese (Teil-)Regelung normiert eine Verpflichtung zur Hilfe; es werden drei Maßnahmen genannt - Aufklärung, Beratung und Leistungen -; dabei handelt es sich um Begriffe, denen jeweils - bei näherer Betrachtung - eine Vielzahl von Aktivitäten zugeordnet werden können.

Eine Konkretisierung, aber auch eine gewisse Beschränkung erfährt diese Verpflichtung in **§ 1 Satz 3 1. Alt. SGB V** dadurch, dass mit diesen Maßnahmebündeln den Versicherten Hilfe zu geben ist im Hinblick auf die Wahrnehmung der Pflichten, die ihnen nach § 1 Satz 2 SGB V vom Gesetzgeber aufgegeben sind. Den Versicherten „dabei ... zu helfen" bedeutet also, dass eine **Hilfe bei der Wahrnehmung der Pflichten** gegeben werden muss[5]. Dabei geht es also offensichtlich um eine Hilfe, die sich auf das **Verhalten** der Versicherten auswirken soll, genauer gesagt, auf bestimmte Verhaltensweisen, die den Versicherten durch das Gesetz verpflichtend aufgegeben sind (nämlich durch § 1 Satz 2 SGB V).

Damit ist zunächst gesagt, dass es sich hierbei „thematisch" um den Bereich der **Verhaltensprävention** handelt, in dem die Krankenkassen nach § 1 Satz 3 SGB V verpflichtend - und ausweislich des Wortlauts: zwingend - tätig werden müssen. Etwas Weiteres ist ebenfalls damit gesagt: Es wurde gezeigt, inwieweit das (zunächst) den Versicherten aufgegebene Verhalten[6] unter den Gesichtspunkten primärer, sekundärer und tertiärer Prävention zu bewerten ist. Damit ergibt sich aus einer Zusammenschau von Satz 3 1. Alt. mit Satz 2 des § 1 SGB V also auch, ob und inwieweit die nach Satz 3 1. Alt. verpflichtend gemachte Hilfe als Maßnahme der (primären, sekundären oder tertiären) Prävention zu bewerten ist.

---

[4] vgl. zu diesem Begriff, seinen Inhalten und denkbaren Handlungsmöglichkeiten im einzelnen z.B. Hauß, Krankheitsverhütung durch Verhaltensbeeinflussung. Zu Präventionsmaßnahmen von Krankenkassen, 1985, S. 9 ff.; Eberle, Prävention und AOK, in: Rosenbrock/Hauß (Hrsg.); Krankenkassen und Prävention, 1985, S 278 ff., 285 ff. -

[5] insoweit ist der Wortlaut eindeutig: „Die Krankenkassen haben den Versicherten ... zu helfen ..."

4.1.6 Zwischenergebnis: Dreigeteilte Verantwortlichkeit im Hinblick auf Prävention; Verpflichtung der Krankenkassen zu „Leistungen“

Demnach normieren **§ 1 Satz 2 und 3 - 1. Alt. - SGB V** Verpflichtungen der Krankenkassen zur **Verhaltensprävention**, und zwar nicht nur durch Maßnahmen der Aufklärung und Beratung, sondern auch durch Leistungen. Weiterhin ergibt sich hieraus im Grunde auch schon, in welcher Art und Weise die Krankenkassen mit dem Ziel der Prävention tätig zu werden haben: im Rahmen von „Hilfen“, mit denen das Verhalten der Versicherten in die „richtige“, nämlich in die gesundheitsfördernde Richtung gesteuert werden soll.

Darin liegt im Übrigen auch ein weiterer Anteil von **Verantwortlichkeit** für die Gesundheit der Versicherten: Nicht nur **diese** sind verantwortlich, und nicht nur die Lebensverhältnisse (Arbeitsumwelt, Wohnverhältnisse usw.) sind „verantwortlich“, sondern **auch** die **Krankenkassen**. Somit besteht durchaus die Möglichkeit, den § 1 Satz 2 und 3 SGB V im Sinne einer gleichsam dreigeteilten Verantwortungsstruktur zu interpretieren.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die **Krankenkassen** zur Verwirklichung dieser Ziele auch **„Leistungen“** zu erbringen haben, um dem Versicherten zu helfen, seiner Verpflichtung zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung - mit dem Ziel, den Eintritt von Krankheiten zu vermeiden - nachzukommen. Ausdrücklich **beschränkt** das Gesetz sich hierbei **nicht auf Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen**; dahinter steckt die (offenbar auch dem Gesetzgeber gegenwärtige) Erfahrung, dass mit derartigen Maßnahmen allein ein gesundheitsschädigendes Verhalten häufig nicht wirksam und nachhaltig beeinflussbar ist. Mit anderen Worten: Der Gesetzgeber hat hier in einer Art und Weise, wie es den bisherigen Erkenntnissen und Erfahrungen von Sinn und Nutzen primär-präventiver Maßnahmen entspricht, eine Verpflichtung der Krankenkassen normiert.

Entsprechendes gilt für die Pflicht der Krankenkasse zur Hilfe (wiederum nicht nur durch Aufklärung, Beratung, sondern insbesondere auch durch Leistungen) im Hinblick auf eine **Beeinflussung der Versicherten** bezüglich ihrer Verpflichtungen zur Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen sowie zur **Mitwirkung** an Maßnahmen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation.

---

[6] vgl. die vier Verpflichtungen sowie die vier Zielsetzungen des Gesetzgebers in § 1 Satz 2

4.1.7 Verhältnis von Satz 1 zu Satz 2, 3 in § 1 SGB V. Aufgaben und Verpflichtungen

Maßnahmen zur Prävention sind (wie oben dargelegt) der Krankenversicherung auch in **§ 1 Satz 1 SGB V** aufgegeben, nämlich im Hinblick darauf, dass „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten“ ist. Der Gesetzgeber hat diesbezüglich jedoch „nur“ eine „Aufgabe“ der Krankenversicherung normiert. Die Zuweisung einer **„Aufgabe“** ist jedoch kein rechtliches Nullum. Vielmehr handelt es sich dabei um die gesetzliche Festlegung des **Zuständigkeitsbereichs** der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist das Tätigkeitsfeld der Krankenversicherungsträger positiv inhaltlich definiert und damit der festgelegte **äußere Rahmen** zugleich auch negativ begrenzt.

Die rechtliche Bedeutung einer Aufgabenzuweisung liegt weiterhin darin, dass die betroffenen Verwaltungsträger berechtigt sind, allein aufgrund der Aufgabenzuweisung tätig zu werden[7].

Außerdem hat der Gesetzgeber damit die Zielsetzungen eines ganzen Gesetzgebungswerkes normiert, die z.B. im Wege der sog. teleologischen Auslegung für die **Interpretation** spezieller Regelungen verbindlich werden können.

Die **Sätze 2 und 3 des § 1 SGB V** befassen sich thematisch mit dem gleichen Gegenstand, genauer: mit den gleichen Zielsetzungen. In diesen Regelungen sind jedoch nicht lediglich Aufgabenzuweisungen enthalten[8], vielmehr sind **Verpflichtungen** normiert. Dabei handelt es sich (zumindest) um objektiv-rechtliche Verpflichtungen (der Träger der Krankenversicherung).

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass § 1 SGB V die in Satz 1 genannte Aufgabe allein an **„die Krankenversicherung“** verweist und sich auch die Verpflichtungen gemäß Satz 3 an **„die Krankenkassen“** richten. Das bedeutet, dass insoweit, als keine ausdrücklichen gesetzlichen Regelungen die Einbeziehung von - insbesondere ärztlichen - Leistungserbringern vorschreibt, es im Ermessen der Träger der Krankenversicherung liegt, ob sie

---

[7] unter dem Vorbehalt konkreter , insbesondere verpflichtender Bestimmungen, soweit diese vorhanden, vgl. § 31 SGB I

durch eigene Leistungen diese Aufgabe und diese Leistungspflichten wahrnehmen oder ob sie sich dabei Dritter (das könnten auch Ärzte sein) bedienen will[9].

4.2 § 11 SGB V - Leistungsarten

§ 11 SGB V nennt die **„Leistungsarten“**. Damit sind - ausweislich des Wortlautes von Abs. 1 - diejenigen Leistungen gemeint, auf die Versicherte einen Anspruch haben, ohne dass § 11 Abs. 1 selbst Anspruchsgrundlage ist[10]; es handelt sich um eine „**Übersicht** ...“[11].

4.2.1 Struktur des § 11 SGB V

In **Abs. 1** werden lediglich **Hinweise deklaratorischer Natur** gegeben; es handelt sich um reine Orientierungsvorschriften. Es sind die dort zitierten Regelungen der nachfolgenden Abschnitte, aus denen die Anspruchsvoraussetzungen zu ermitteln sind.

Demgegenüber weist **§ 11 Abs. 2 SGB V** eine andere Struktur auf. Hier werden zwar auch bestimmte **Leistungskomplexe**[12] angesprochen; auf einen Verweis (wie in § 11 Abs. 1 SGB V) wird jedoch verzichtet, obwohl insofern die §§ 40 - 43 SGB V sicherlich einschlägig sind.

§ 11 Abs. 2 SGB V hat auch insoweit einen anderen rechtlichen Gehalt als der Abs. 1 dieser Vorschrift, als die dort genannten Zielen der Rehabilitationsleistungen (Vorbeugung, Beseitigung und Besserung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, Verhütung von

---

[8] der Wortlaut dieser Bestimmungen ist insoweit eindeutig

[9] vgl. dazu die Begründung des Regierungsentwurfs zum GRG, und zwar zu § 20 - Gesundheitsförderung: „Die Vorschrift ist neu. Sie verdeutlicht die Bedeutung der Prävention im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik und weist den Krankenkassen neue Aufgaben zu. Die Verantwortung für die Durchführung der in § 20 beschriebenen Aufgaben liegt in erster Linie bei den Krankenkassen. Sie entscheiden, in welchem Umfang sie Ärzte oder Kassenärzte mit diesen Aufgaben betrauen“, BR-Drucks. 200/88, S. 166

[10] vgl. für alle KassKomm-Höfler, SGB V, § 11 Rdnr. 3

[11] so auch die Überschrift dieses Abschnitts, der lediglich aus § 11 SGB V besteht

[12] und zwar medizinische sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Verschlimmerungen) bei der Gewährung der einzelnen Leistungen als **Anspruchsvoraussetzungen** zu prüfen sind[13].

Als völlig eigenständige „Leistungsart“ kann man die „Nebenleistung“ gem. **§ 11 Abs. 3 SGB V** betrachten; denn es handelt sich dabei um eine besondere Anspruchsgrundlage[14].

Keine „Leistungsarten“ finden sich in **§ 11 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 4 SGB V**.

4.2.2 Prävention in § 11 SGB V

Zu den Aussagen **des § 11 SGB V** im Hinblick auf das **Präventionsanliegen** der gesetzlichen Krankenversicherung ist folgendes zu sagen: **Abs. 1** kann an dieser Stelle insoweit unbeachtet bleiben, als eindeutige **Verweisungen** auf nachfolgende Bestimmungen gegeben sind, die ihrerseits hinsichtlich ihres Gehaltes an Regelungen zugunsten von Prävention zu untersuchen sind.

Abs. 2 ist insoweit aussagekräftiger, denn die in die speziellen Vorschriften „hineinzulesenden“ **Anspruchsvoraussetzungen** lassen eine **präventionsbezogene Analyse** zu. Soweit es um eine „drohende Behinderung“ geht, handelt es sich um Leistungen der tertiären Prävention; das gilt wohl auch im Hinblick auf das Ziel, die Verschlimmerung einer bereits eingetretenen Behinderung zu verhüten[15].

4.3 § 20 SGB V – Prävention und Selbsthilfe

4.3.1 Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Diese Regelung verpflichtet die Krankenkassen, regelmäßig Leistungen zur primären Prävention in ihrer Satzung[16] vorzusehen. Was der Gesetzgeber unter **„primärer Prävention“** versteht, ist allerdings ziemlich unklar.

---

[13] vgl. Regierungsentwurf GRG, Begründung zu § 11 Abs. 2 BR-Drucks. 200/88, S. 163
[14] vgl. dazu näher KassKomm-Höfler, aaO., Rdnr. 10
[15] vgl. für beide Aspekte § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V
[16] vgl. dazu § 34 SGB IV und § 194 Abs. 2 SGB V

Geht man vom **Wortlaut** des § 20 Abs. 1 SGB V und dem systematischen Zusammenhang der Sätze 1 und 2 aus, so zeigt sich Folgendes (vgl. dazu bereits oben, A. IV. 1. d): Unter Primärprävention fallen alle – aber auch nur solche – Leistungen, die „den **allgemeinen Gesundheitszustand verbessern**" (Regel) und insbesondere „einen Beitrag zur **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit** von Gesundheitschancen" erbringen (Beispiel).

Hinsichtlich der **Regel** ist **unklar**, ob sich Leistungen der Primärprävention nur noch mit der Verbesserung eines („allgemeinen") Gesundheitszustandes befassen soll, also unter Ausschluss der Maßnahmen, die nach dem **herkömmlichen Verständnis von Primärprävention** einer Gefahrenabwehr im weiteren Sinne dienen und die demnach u.a. nur dann angezeigt sind, wenn ein Schadenspotential und seine Beseitigungsmöglichkeit erwiesen sind[17].

Es darf freilich vermutet werden, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung[18] das bisherige Verständnis von „primärer" Prävention nicht hat ersetzen, also ablösen, sondern durch eine **neue Dimension** hat erweitern wollen – auf die offensichtlichen Schwierigkeiten im Verwaltungsvollzug dieser Verpflichtungen sei nur am Rande hingewiesen.

Das **Beispiel in § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V** trägt zur Klärung der erwähnten Ungewissheit nicht bei. Mit dem gesetzlich besonders hervorgehobenen Auftrag an die Krankenkassen, „einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen" – und zwar verstanden als Maßnahme primärer Prävention – wird zu einem denkbar **weiten Spektrum von Verhaltens-, aber auch von Verhältnisprävention** ermächtigt.

Diese sowohl begrifflich als auch hinsichtlich des diesbezüglichen Verwaltungsvollzugs wohl als „Fass ohne Boden" einzuschätzende Verpflichtung wird **finanziell limitiert** im Rahmen des **§ 20 Abs. 3 SGB V**; eine inhaltliche Klarstellung wird damit freilich nicht erreicht.

---

[17] vgl. dazu oben A. III. 1., insb. vor a)
[18] § 20 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB V

§ 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V konkretisiert die Pflicht zur **Zusammenarbeit** der Krankenkassen; offenbar hielt es der Gesetzgeber auch für notwendig, die Krankenkassen dabei auf die Nutzung externen Sachverstandes zu verpflichten.

4.3.2 Prävention im Arbeitsleben nach § 20 Abs. 2 SGB V

Diese Regelung ist das krankenversicherungsrechtliche **Gegenstück zu § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB VII**[19].

Betriebliche Gesundheitsförderung – damit ist begrifflich offenbar ein denkbar **weites Spektrum von Maßnahmen** eröffnet, die sich zunächst mit einer Verbesserung bestehender (Gesundheits-)Zustände befassen, also ähnlich wie in Abs. 1 Satz 2, jedoch beschränkt auf die Arbeitswelt, Aktivitäten sowohl von **Verhaltens-** als auch von **Verhältnisprävention** umfassen. Wie auch bei Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 stellt sich auch hier die Frage, ob das herkömmliche Verständnis von primärer Prävention als in die „Gesundheitsförderung“[20] eingeschlossen betrachtet werden kann.

Ein Hinweis hierzu könnte sich aus **Abs. 2 Satz 2** ergeben; dort geht es um die **Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren**, die demnach als solche identifiziert werden konnten; das ist primäre Prävention im gleichsam „klassischen“ Sinne. Nur diesbezüglich, also nur hinsichtlich arbeitsbedingter Gefahrenabwehr, ist die Pflicht zur Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung normiert; darin steckt logischerweise auch die Verpflichtung, insoweit tätig zu werden.

In Bezug auf die darüber hinausgehende **Gesundheitsförderung** handeln die **Krankenkassen selbständig**.

Zu **§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB V** ist im Einzelnen Folgendes zu sagen: Diese Vorschrift regelt die Pflicht zur **Zusammenarbeit** mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im

---

[19] vgl. dazu B. II. 4., zu § 14 Abs. 2 SGB VII
[20] des § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Hinblick auf die „Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“. Soweit die Krankenkassen diesbezügliche **Erkenntnisse** zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, besteht eine **Informationspflicht** gegenüber den UV-Trägern. Dabei handelt es sich - aus präventions-systematisierender Betrachtungsweise - um die Verpflichtung zu Maßnahmen, die möglicherweise bereits **im Vorfeld konkreter Verhältnisprävention, u.U.** auch von **Verhaltensprävention**, liegen.

§ 20 Abs. 2 Satz 3 SGB V normiert eine **Informationspflicht** der Krankenkassen im Falle einer berufsbedingten gesundheitlichen Gefährdung oder einer Berufskrankheit. Im ersteren Falle handelt es sich um eine Maßnahme von spezifischer (weil auf das Berufsleben bezogene) **Primärprävention**[21]; im zweiten Falle, in dem eine (Berufs-)Krankheit bereits vorliegt, handelt die Krankenkasse nicht unmittelbar präventiv, sondern unterstützt die in diesen Fällen dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung obliegende **Kuration**[22].

4.3.3 Finanzielle Begrenzung von Ausgaben für Prävention nach § 20 Abs. 3 SGB V

Die **Limitierung der Ausgaben** für die Aufwendungen nach Abs. 1 und Abs. 2 erfolgt für beide Aufgabenfelder in einem Betrag; demnach ist **keine** gesetzgeberische **Festlegung** im Sinne einer verhältnismäßigen Aufteilung erfolgt, weder im Hinblick auf die Maßnahmen nach Abs. 1 und Abs. 2 noch hinsichtlich der **Verhältnis- oder** der **Verhaltensprävention** in ihrem proportionalen Gewicht.

4.3.4 Institutionelle Förderung nach § 20 Abs. 4 SGB V

4.3.4.1 Bedeutung für die Prävention

§ 20 Abs. 4 SGB V verpflichtet die Krankenkassen im Regelfall („soll“) zur Unterstützung von **Selbsthilfegruppen**, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die **Prävention** (o-

[21] vgl. hierzu oben II. 2. sowie auch § 9 Abs. 6 Nr.1, §§ 14 - 25 SGB VII (Prävention), § 3 BKVO
[22] vgl. §§ 9, 26 ff. SGB VII

der Rehabilitation) zum Ziel gesetzt haben. Es handelt sich hierbei um eine institutionelle Förderung durch **Zuschüsse**.

In dieser Vorschrift taucht der Begriff der **„Prävention“** auf; der Gesetzgeber hat insoweit jedoch selbst keine Präzisierung gegeben, sondern die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, die **Krankheitsbilder** zu benennen, bei deren Prävention (oder Rehabilitation) eine Förderung zulässig ist. Es gibt **keinen Hinweis** dafür, dass der Begriff der **„Prävention“** insoweit **einschränkend zu interpretieren** ist.

Es darf eher das Gegenteil vermutet werden; denn in der entsprechenden **Vorgängerregelung**[23] war von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen „mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung“ die Rede. Praktisch ist der Begriff **„Gesundheitsförderung“ durch „Prävention“** ersetzt worden[24]. Daraus wird zuweilen gefolgert, dass „Gesundheitsförderung“ sowie „Krankheitsprävention“ (Krankheitsverhütung) als gleichbedeutend verstanden werden müssen[25]; Versuche, Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung/Krankheitsprävention inhaltlich voneinander abzugrenzen, seien als nicht gelungen zu betrachten[26].

Es bedarf nicht viel Phantasie, sich die Möglichkeiten der **Mitwirkung und Einflussnahme der Krankenkassen** auf die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen vorzustellen. Abgesehen von begrifflichen Zweifeln hat der Gesetzgeber jedenfalls ein **weites Betätigungsfeld** eröffnet, und zwar letztlich wohl im Bereich der gesamten Prävention.

Allerdings ist eine gewisse **Einschränkung** insoweit anzunehmen, als sämtliche Präventionsbemühungen von **spezifischen Krankheitsbildern** ausgehen sollen[27]. Für die „klassischen“ **Volkskrankheiten** dürften allerdings diese Zusammenhänge als bewiesen gelten, so dass insoweit auch rechtlich keine Probleme für Maßnahmen im Bereich der Primärprävention gegeben sind.

---

[23] § 20 Abs. 3a SGB V i.d.F. des GSG 1993 vom 21.12.1992, BGBl. I, S. 2266
[24] wohl auch aus gleichsam „gesetzes-kosmetischen“ Gründen, da der 3. Abschnitt augenscheinlich nichts mehr mit der „Förderung der Gesundheit“ zu tun haben sollte
[25] vgl. auch KassKomm-Höfler, § 20 Rdnr. 3; unklar Voss, aaO., S. 55-58
[26] vgl. KassKomm-Höfler, aaO., Rdnr. 5
[27] so die neue Regelung in § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB V

4.3.4.2 Das Verzeichnis von Krankheitsbildern der Krankenkassen-Spitzenverbände

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemäß ihrer Verpflichtung aus **§ 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V** ein **„Verzeichnis der Krankheitsbilder**, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist“, am 14.02.1997 beschlossen[28]. Dieses Verzeichnis ist aufgegliedert in **Krankheitsgruppen**[29]. Diesen Krankheitsgruppen sind zugeordnet mögliche **Diagnosen**; diese Auflistung der Diagnosen sind - als konkrete Krankheitsbilder - exemplarisch zu verstehen; damit ist ausdrücklich die Vorstellung verbunden, dass diese Auflistungen (praktisch handelt es sich um ein Verzeichnis konkreter Krankheitsbilder) jederzeit ergänzt werden kann. Hinzuzufügen ist, dass dieses Krankheitsverzeichnis hinsichtlich der darin enthaltenen Krankheitsgruppen mit den zur Zeit vorhandenen Selbsthilfevereinigungen korrespondiert, wobei diese Selbsthilfevereinigungen in der Regel indikations- oder diagnoseübergreifend organisiert sind[30].

Beispiele für Diagnosen im Sinne von konkreten Krankheitsbildern sind die chronischen Herzerkrankungen, Infarkt, Arteriosklerose (als konkrete Krankheitsbilder von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) oder rheumatische Erkrankungen, Arthrose, Morbus Bechterew, Sklerose, Myasthenie, Sklerodermie, Skoliose, Fibromatose, Fibriomyalgie, Osteoporose, Osteomyelitis (als konkrete Krankheitsbilder, die zur Krankheitsgruppe „Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes“ gehören) usw. Damit bestätigt dieses „Verzeichnis der Krankheitsbilder“ gem. § 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V die soeben gemachten Feststellungen, wonach der Bereich der institutionellen Förderung von präventiven Maßnahmen zugunsten der Versicherten durch Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen[31] außerordentlich weit gezogen ist, selbst wenn man jeweils einen engen Zusammenhang mit medizinischen Erfordernissen fordert[32].

Der Gesetzgeber hat mit dieser Regelung **(§ 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V)** und der damit erteilten **Verpflichtung und Befugnis zu dezentralisierter Konkretisierung** anerkannt, dass er von letztlich **umfassenden Möglichkeiten der Prävention** ausgeht und eine ent-

---

[28] Grundlage war seinerzeit der nahezu gleichlautende § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB V i.d.F. des (Beitragsentlastungs-)G v. 1.11.1996 (BGBl. I, S. 1631)

[29] z.B.: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes, Tumorerkrankungen, allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen usw.

[30] z.B. die Rheuma-Liga

[31] einbezogen dürften wohl auch Zusammenschlüsse derartiger Organisationen sein, vgl. Ziffer 2 des „Verzeichnis der Krankheitsbilder ...“ der Krankenkassen- Spitzenverbände

sprechend weitgehende Förderungspflicht der Krankenkassen beabsichtigt hat. Man darf außerdem annehmen, dass der Sache nach überall dort, wo zur Zeit aktive und anerkannte Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen tätig sind, diese vom Gesetzgeber gesehen und in ihrer Tätigkeit und Förderungswürdigkeit bestätigt werden sollen. Mag auch die diesbezügliche Hilfestellung entsprechend der Regelung in § 20 Abs. 4 SGB V nur vermittelnd konzipiert und zudem auch nicht gleichsam „voll finanziert" sein[33], so ist darin doch eine Bestätigung der grundsätzlichen **Wirksamkeit** von Präventionsmaßnahmen und der auch rechtlich anerkannten **Förderungswürdigkeit** seitens der gesetzlichen Krankenversicherung unmissverständlich zum Ausdruck gebracht.

Allerdings ist auch diesbezüglich eine finanzielle Limitierung angeordnet[34].

4.4 § 21 SGB V – Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

Die Tätigkeit der Krankenkassen im Hinblick auf die Verhütung von Zahnerkrankungen von Kindern bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres - und zwar durch sogenannte Gruppenprophylaxe - ist verhältnismäßig eingehend in **§ 21 SGB V** geregelt.

4.4.1 Die Maßnahmen

§ 21 Abs. 1 Satz 4, 2.HS SGB V nennt eine Reihe von Maßnahmen, die Gegenstand dieser Gruppenprophylaxe sein sollen. Damit hat der Gesetzgeber der Sache nach **bestimmte Risikofaktoren** zugrunde gelegt, deren Ermittlung Voraussetzung für die Verhütung von Zahnerkrankungen ist.

Ausweislich des Gesetzeswortlautes[35] sind auch **andere Untersuchungsmethoden und -gegenstände** denkbar. Was dabei im Einzelnen in Frage kommt und welche (u.U. weite-

---

[32] so die Absicht des Gesetzgebers, vgl. Ziffer 1 des „Verzeichnis der Krankheitsbilder ..." der Krankenkassen-Spitzenverbände

[33] gestattet ist ausweislich des Wortlauts lediglich die Förderung durch Zuschüsse, die demnach betragsmäßig unter einer „Vollfinanzierung" zu bleiben hat, jedoch keineswegs auf einen nur geringfügigen Anteil beschränkt sein muss

[34] vgl. im Einzelnen § 20 Abs. 4 Satz 5 SGB V, eingefügt durch G v. 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2626), m.W.v. 1.1.2000

[35] die Gruppenprophylaxe soll sich „insbesondere" auf die genannten Maßnahmen erstrecken

ren, bisher nicht bekannten) Risikofaktoren dabei ermittelt werden können, ergibt sich aus **Zweck und Ziel des § 21 Abs. 1 SGB V**: Offensichtlich wollte der Gesetzgeber die Krankenkassen damit **umfassend** zu Maßnahmen der Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen von Kindern verpflichten; somit ist davon auszugehen, dass vor allem in den Fällen, in denen die Zweckmäßigkeit zusätzlicher Untersuchungsmaßnahmen und -methoden (im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel) wissenschaftlich nachgewiesen ist, der **Maßnahmenkatalog** durch die **Krankenkassen** entsprechend zu **erweitern** ist[36].

Somit ist in § 21 Abs. 1 SGB V auch der verpflichtende **Auftrag und die Befugnis** enthalten, die wissenschaftlichen **Erkenntnisse** im Bereich der Verhütung von Zahnerkrankungen zu verfolgen und ggf. - durch neue, gesetzlich nicht ausdrücklich genannte - **Aktivitäten** im Rahmen von Gruppenprophylaxe umzusetzen.

Die Erweiterung der gesetzlichen Verpflichtung auf **„flächendeckende Maßnahmen“** (Abs. 1 Satz 2) und auf eine Altersgrenze bis zum 16. Lebensjahr bei überdurchschnittlichem Kariesrisiko von Schülern (Abs. 1 Satz 3)[37] bestätigt diesen Ansatz.

4.4.2 § 21 Abs. 1 SGB V unter dem Gesichtspunkt der Prävention

Soweit **§ 21 Abs. 1 SGB V** bezweckt, Erkrankungen im Zahn- und Mundbereich in einem frühen Stadium zu diagnostizieren, handelt es sich um **sekundäre Prävention**; das gilt insbesondere für Kinder mit besonders hohem Karies-Risiko, für die - gem. § 21 Abs. 1 Satz 5 SGB V - spezifische Programme zu entwickeln sind.

Darüber hinaus regelt § 21 Abs. 1 SGB V **auch primär-präventive Aktivitäten**, also Maßnahmen, die darauf abzielen, einen vorhandenen Gesundheitszustand vor allem durch ein entsprechendes persönliches Verhalten zu bewahren. Unter diesem Gesichtspunkt ist der Primär-Prävention die **Ernährungsberatung** und die **Mundhygiene** zuzuordnen. Jedenfalls ist es durchaus denkbar, dass sich - z.B. im Hinblick auf die Mundhygiene - die entsprechenden Maßnahmen nicht nur auf die diagnostische Früherkennung von Risikogegebenheiten oder auch Früherkrankungen erstrecken, sondern dass entsprechende Maßnahmen speziell auf die - wirkliche - Verhütung von negativen Einflüssen abzielen.

---

[36] auch diesbezüglich gilt die Anordnung des Gesetzgebers in § 21 Abs. 1 Satz 1 („... haben ... zu fördern ...“) und Satz 2, 2.HS („...; sie sollen sich ... erstrecken.“)

4.4.3 Organisatorische Zuständigkeiten der Krankenkassen

4.4.3.1 Keine Ausschließlichkeit der Gruppenprophylaxe

§ 21 Abs. 1 Satz 4, 1.HS SGB V spricht davon, dass die den Krankenkassen obliegenden Maßnahmen „vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden“ sollen. Das bedeutet, dass diese Maßnahmen **nicht ausschließlich in Kindergärten und Schulen** durchgeführt werden müssen[38]; weiterhin erfolgt aus dem insoweit eindeutigen Wortlaut aber auch, dass - abweichend von der Gesetzesüberschrift - sich die prophylaktischen Maßnahmen nicht unbedingt in Gruppen abspielen müssen.

Der Regierungsentwurf zum GRG bestätigt dies; er nennt - beispielhaft - ausdrücklich Kinder, die keinen Kindergarten besuchen, für die aber gleichwohl geeignete Maßnahmen vorzusehen sind[39].

4.4.3.2 Kinder mit besonders hohem Karies-Risiko

§ 21 Abs. 1 Satz 5 SGB V enthält eine - ausweislich des Gesetzeswortlautes - unbedingte Verpflichtung der Krankenkassen, für den dort genannten Personenkreis **„spezifische Programme“** zu entwickeln.

Es darf angenommen werden, dass damit nicht nur gemeint ist, inhaltliche Vorstellungen über die in der Wirklichkeit u.U. zu treffenden Maßnahmen zu entwickeln; vielmehr ist unter „Programm“ im Sinne dieser Regelung auch die Realisierung, also die Durchführung einschließlich der erforderlichen personellen, institutionellen und finanziellen Aktivitäten, der gedanklich „programmierten“ **Maßnahmen**, zu verstehen.

---

[37] eingefügt durch G v. 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2626)
[38] ebenso KassKomm-Höfler, § 21 V Rdnr. 2
[39] Regierungsentwurf GRG, aaO., S. 167

4.4.3.3 Zuständigkeit zur Initiative von Maßnahmen der „Gruppenprophylaxe“

Nach dem Wortlaut von **§ 21 Abs. 1 Satz 1 SGB V** haben die Krankenkassen Maßnahmen der Gruppenprophylaxe „zu **fördern** und sich an den **Kosten der Durchführung zu beteiligen**“.

Daraus könnte man schließen, dass die **Initiative** für derartige Maßnahmen nicht bei den Krankenkassen zu liegen hat. Diese Auslegung entspräche allerdings nicht dem Willen des Gesetzgebers[40]. Vielmehr war damit lediglich beabsichtigt, isolierte Einzelmaßnahmen einzelner Krankenkassen oder Kassenarten zu verhindern; das ergibt sich im Übrigen auch aus § 21 Abs. 2 SGB V.

In dem Fall, in dem in einer Region keine oder keine ausreichenden Maßnahmen der Gruppenprophylaxe durchgeführt werden, sollen die Krankenkassen das Recht haben, die Maßnahmen auch selbst durchzuführen.

4.4.4 „Vorläufige“ Maßnahmen der Gruppenprophylaxe

§ 21 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V setzen an sich voraus, dass auf Landesebene Vereinbarungen und auf Bundesebene Empfehlungen geschlossen werden müssen; hilfsweise kommt eine Rechtsverordnung der Landesregierung in Betracht (Abs. 3). Diesen Regelungen lässt sich allerdings nicht entnehmen, dass die Krankenkassen ihre Verpflichtung aus § 21 Abs. 1 SGB V solange nicht erfüllen dürfen, wie Vereinbarungen oder eine Rechtsverordnung (noch) nicht existieren.

Vielmehr ist davon auszugehen, dass Krankenkassen bis zum Zustandekommen einer Vereinbarung nach Abs. 2 Satz 1 oder bis zu dem Erlass einer Rechtsverordnung nach Abs. 3 Gruppenprophylaxe betreiben können, und zwar auch ohne Mitwirkung aller in Abs. 1 Satz 1 aufgeführten Beteiligten[41]. Ebenso muss es zulässig sein, dass einige Krankenkassen ihre Verpflichtungen in diesem Sinne „vorläufig“ wahrnehmen.

---

[40] vgl. Regierungsentwurf GRG, BR-Drucks. 200/88, S. 167
[41] so Krauskopf, Soziale Krankenversicherung SGB V, Kommentar, § 21 SGB V, Rdnr. 9

4.4.5 Finanzierung

Die Regelung für die **Kosten** der Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen knüpft gleichsam an den **„Förderungs-Anteil“** an. Dementsprechend hat die Krankenkasse - bei gemeinsamen Maßnahmen - anteilig mitzufinanzieren. In den Fällen, in denen sie allein tätig wird, scheint sie alleine die Kosten tragen zu müssen. Ganz selbstverständlich ist das allerdings nicht; vor allem in Fällen, in denen die Zahnärzte oder die für die Gesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen sich ihrer Verpflichtung aus § 21 Abs. 1 Satz 1 entziehen, lässt sich an eine gleichwohl bestehende Verpflichtung zur Beteiligung an den entstandenen Kosten denken.

Der Gesetzgeber hat keinen Hinweis darauf gegeben, dass die Kinder (oder deren Eltern) sich an den Kosten zu beteiligen haben. Es handelt sich hierbei vielmehr um **Primär- und Sekundärprävention**, die **von den Versicherten kostenlos** in Anspruch genommen werden kann.

4.5 § 22 SGB V – Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

Diese Regelung gibt **keinen Raum für „eigene“ Tätigkeiten einzelner Krankenkassen** mit präventiver Zielsetzung. Die Beteiligung der Krankenkassen ist gemäß § 22 Abs. 5 i.V.m. § 92 SGB V gesichert. Das **präventionsbezogene Anliegen** des § 22 SGB V ist im Übrigen weitgehend identisch mit dem des § 21 SGB V.

4.6 § 23 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen

4.6.1 § 23 SGB V im System der Prävention

Ausweislich der Formulierung der generellen Voraussetzungen eines Anspruchs auf „medizinische Vorsorgeleistungen“ gem. **§ 23 SGB V** handelt es sich dort um **Maßnahmen der Prävention**. Dabei normieren die **Ziff. 1 und 2** Sachverhalte, bei denen eine „Krank-

heit“ noch nicht vorliegt[42]. Somit handelt es sich insoweit bei streng juristisch-dogmatischer Betrachtung um **primär-präventive Maßnahmen**.

Hinsichtlich **§ 23 Abs. 1 Ziff. 3 SGB V** (Vermeidung von Pflegebedürftigkeit) dürfte wohl zumeist eine Maßnahme **tertiärer Prävention** angezeigt sein, denn drohende Pflegebedürftigkeit wird in der Regel die Folge eines Dauerleidens sein[43].

4.6.2 Autonome Entscheidungskompetenz der Krankenkassen im Rahmen des § 23 SGB V

§ 23 SGB V ist für Aktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention insoweit bedeutsam, als dort **nicht nur** die **Ärzte** als Leistungserbringer in Frage kommen - gemäß § 23 Abs. 1 SGB V -, sondern die **Krankenkassen** im Übrigen aus eigener Entscheidungszuständigkeit und Verantwortlichkeit - und auf Antrag gemäß § 19 SGB IV - die **Leistungen erbringen**.

Dies folgt eindeutig aus dem **Wortlaut** von § 23 Abs. 2 SGB V; denn es geht hierbei um Sachverhalte, in denen die „ärztliche Behandlung“ gem. § 23 Abs. 1 SGB V[44] gerade nicht ausreicht, um die in Abs. 1 Nr. 1 - 3 definierten typischen Gefahrenlagen (und damit zugleich als vermeidungsbedürftig und vermeidungsfähig genannten Schäden) zu beseitigen.

Gegen dieses Ergebnis spricht auch nicht, dass **Voraussetzung** für die (Ermessens-)Entscheidung der Krankenkasse ist, dass diese „aus medizinischen Gründen erforderlich“ ist. Damit ist materiellrechtlich festgelegt, dass auch für die ambulante Vorsorgekur die Voraussetzungen der Nr. 1 - 3 in § 23 Abs. 1 gegeben sein müssen[45].

---

[42] vgl. KassKomm-Höfler, § 23 SGB V Rdnr. 6: „Vorstadium der Krankheit“, mit Hinweis auf § 27 Rdnr. 9 ff.

[43] Krauskopf, aaO., SGB V, § 23 Rdnr. 9 nennt beispielsweise Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, multiple Sklerose, Folgen eines Schlaganfalls oder eines häuslichen Unfalls; in diesen Fällen seien (auch) Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt; nur soweit die Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 nicht erfüllt seien, schließe § 23 Abs. 1 Nr. 3 eine bisher bestehende Lücke

[44] was darunter fällt, folgt aus § 15 Abs. 1 SGB V

[45] also die dort normierten typischen Gefahrenlagen (u.U. noch immer, trotz vorangegangener ärztlicher Behandlung) gegeben sind, ebenso KassKomm-Höfler, § 24 Rdnr. 10

Allerdings könnte sich aus den **verfahrensrechtlichen Regelungen** etwas anderes ergeben. Gemäß § 275 Abs. 2 SGB V sind die Leistungen (auch) nach § 23 Abs. 2 SGB V vor Bewilligung (und bei beantragter Verlängerung) regelmäßig durch den **Medizinischen Dienst** zu prüfen; dabei ist ein ärztlicher Behandlungsplan zu Grunde zu legen, so dass insoweit eine Entscheidung der Krankenkasse im Einzelfall ohne vorheriges Tätigwerden von Arzt und Medizinischem Dienst nicht zulässig ist. Erforderlich ist dies allerdings dann nicht, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich **Ausnahmen** zugelassen haben, bei denen derartige Prüfungen nicht notwendig erscheinen, und zwar weder nach Indikationen noch nach Personenkreis (§ 75 Abs. 2 Nr. 1 2.HS SGB V); damit ist gesagt, dass die in § 275 Abs. 2 SGB V für den Regelfall der Entscheidung der Krankenkasse obligatorisch „vorgeschaltete" **zweifache ärztliche Begutachtung**[46] in diesen Ausnahmefällen **nicht erforderlich** ist; demnach entscheiden in diesen Fällen die Krankenkassen insoweit zwar ebenfalls über die erforderlichen Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgekur „aus medizinischen Gründen", jedoch ohne die Notwendigkeit der Beteiligung von Arzt und Medizinischem Dienst im Einzelfall.

Die gleichen **eigenständigen Befugnisse** haben die Krankenkassen im Hinblick auf Maßnahmen gem. **§ 23 Abs. 4 SGB V**; somit gilt auch hinsichtlich der damit zugelassenen „stationären Behandlung in Vorsorgeeinrichtungen" § 275 Abs. 2 SGB V mit seinem darin angelegten Regel-Ausnahme-Regelungsschema und der (begrenzten) Kompetenz der Krankenkassen zu autonomer (d.h. nicht an ärztliche Vorgaben gebundene) Entscheidung im Einzelfall.

Bedenkt man, welche Einzelleistungen **beispielsweise** im Rahmen einer **ambulanten Vorsorgekur** erbracht werden können[47], so lässt sich daraus bereits ein denkbarer eigenverantwortlich auszufüllender Entscheidungsraum der Krankenkassen vorstellen.

---

[46] nämlich - erstens - durch den ärztlichen Behandlungsplan und - zweitens - durch die ebenfalls in erster Linie nach ärztlichen Maßstäben vorzunehmende Prüfung durch den Medizinischen Dienst (vgl. § 275 Abs. 5 SGB V)

[47] „Trinkkuren, Bäder, Massagen, Gymnastik, ... Ernährungsberatung, autogenes Training usw." (Beispiele von Krauskopf, aaO., § 23 Rdnr. 6)

4.6.3 Institutionelle Aspekte zu § 23 SGB V

An dieser Stelle sollen nicht sämtliche Gesichtspunkte der Leistungserbringung im Rahmen des § 23 SGB V erörtert werden. Im Hinblick auf eine gleichsam **institutionelle Autonomie** der Krankenkassen ist lediglich darauf hinzuweisen, dass gem. § 140 Abs. 2 SGB V Krankenkassen auch zur Errichtung von neuen Eigeneinrichtungen befugt sind, „soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der **Gesundheitsvorsorge** und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können".

„Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge" - damit sind zunächst die Aktivitäten gemeint, die ausdrücklich als „Aufgabe(n)" bezeichnet sind[48]; außerdem steckt in jeder Befugnisnorm und in jeder Anspruchsgrundlage, die sich gegen die Krankenkassen richtet, zugleich stets auch eine entsprechende Aufgabenzuweisung. Das bedeutet, dass die Krankenkassen also auch - unter den Voraussetzungen von § 140 Abs. 2 SGB V - durch **§ 23 SGB V Aufgaben** zugewiesen bekommen haben, deren Erledigung erforderlichenfalls die Befugnis gem. § 140 Abs. 2 SGB V eröffnet.

4.6.4 Autonome Befugnis der Krankenkassen zu Teilleistungen von Vorsorge-Leistungskomplexen

Etwas Weiteres ist bei **§ 23 SGB V** zu überlegen. Wie dargestellt, werden dort - in Abs. 2 bis 4 - den Krankenkassen in gewissem Umfang **eigene** Leistungen ermöglicht. Dabei handelt es sich um **Leistungskomplexe**, die aus i.d.R. einer Reihe von Einzelleistungen bestehen. Es ist zu überlegen, ob in diesen Aufgaben und Befugnissen der Krankenkassen nicht auch die Zulässigkeit der Erbringung von Maßnahmen steckt, die wegen ihres gleichsam fragmentarischen Charakters nicht als komplexe „(z.B. ambulante) Vorsorgekur" bezeichnet werden können, die aber durchaus geeignet und auch notwendig sind, um das zu erreichen, was durch ärztliche Behandlung nicht erreicht werden kann. Diese Überlegung ist - soweit ersichtlich - bislang nicht angestellt worden. Es erscheint jedoch nicht ausgeschlossen, dass die Krankenkassen ein Interesse an dieser Fragestellung haben, insbesondere im Hinblick auf die **Legitimation „eigenhändiger" Präventionsangebote** und -leistungen.

Ob die Krankenkassen im Bereich eigenverantwortlicher Vorsorge **Leistungskomplexe** der Vorsorge auch gleichsam **aufsplitten** können, ist zunächst eine **Frage der Zweckmäßigkeit** solcher Maßnahmen, die im Zusammenhang mit den Indikationen des § 23 Abs. 1 Nr. 1 - 3 SGB V stehen müssen. Daran dürfte wohl kein ernsthafter Zweifel bestehen; denn wenn z.B. Bäder, Massagen, Gymnastik, Ernährungsberatung und autogenes Training kombiniert im Rahmen einer ambulanten Vorsorgekur zweckmäßig sind, dann kann eine einzelne dieser Maßnahmen nicht unzweckmäßig sein, mögen gewisse gleichsam synergetische Wirkungen häufig auch erst durch eine Kombinationstherapie erreichbar sein. Somit kommt die objektiv-rechtliche Betrachtung dieser Frage zu dem Ergebnis, dass die **Krankenkassen** (durch § 23 SGB V) auch zu **Vorsorge-Teilleistungen** berechtigt sind.

4.7 § 24 SGB V - Vorsorgekuren für Mütter

Unter den gleichen Voraussetzungen, wie sie generell für die Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeleistungen normiert sind, kann die Krankenkasse Vorsorgekuren für Mütter erbringen[49]. Aus dem Gesichtspunkt der **Prävention** gilt für diese Bestimmung das gleiche, was soeben zu § 23 SGB V gesagt worden ist.

Weiterhin ist auch insoweit § 275 Abs. 2 SGB V zu beachten; denn auch hier ist ein **Autonomiebereich der Krankenkassen** denkbar, wenn Richtlinien der Krankenkassen-Spitzenverbände die für den Regelfall vorgesehene zweifache ärztliche Vorgabe entfallen lassen.

Schließlich lässt sich mit den gleichen Erwägungen wie zu § 23 SGB V zugunsten der Zulässigkeit der Erbringung von **Teilleistungen** des Leistungskomplexes „Vorsorgekur für Mütter“ argumentieren.

---

[48] das gilt z.B. für die Aufgaben nach § 1 Satz 1 SGB V
[49] § 24 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 23 Abs. 1 SGB V

4.8 §§ 24a, b SGB V - Empfängnisverhütung; Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

Der Anspruch von Versicherten auf ärztliche Beratung über Fragen der **Empfängnisverhütung** (einschließlich der erforderlichen Untersuchung und der Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln) hat u.U. **auch medizinisch-präventiven, gesundheitsbezogenen Charakter**; es ist nicht ausgeschlossen, dass es sich dabei auch um Fälle handelt, in denen - unmittelbar oder auch mittelbar - **Beeinträchtigungen der Gesundheit vorgebeugt** werden soll.

Hinsichtlich präventiver Wirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs ist Folgendes zu sagen: Ein nicht rechtswidriger Abbruch der Schwangerschaft ist unter verschiedenen Voraussetzungen zulässig[50]. So ist die Einwilligung der Schwangeren nicht rechtswidrig, wenn es um die **Abwendung einer Gefahr** für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren geht[51].

Der **Prävention** dienen weiterhin die Maßnahmen, auf die gem. **§ 24b Abs. 3 SGB V** Anspruch besteht.

Im Bereich der §§ 24a und b SGB V dürfte sich die eigene Tätigkeit der Krankenkassen auf Maßnahmen gem. §§ 13 - 15 SGB I beschränken angesichts des weitgehenden **Arztvorbehaltes** in diesen Regelungen[52].

4.9 §§ 25, 26 SGB V - Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten werden im Bereich des Gesundheitswesens traditionell als **„sekundär-präventive" Maßnahmen** bezeichnet[53]. Es handelt sich

---

[50] vgl. im Einzelnen § 218a StGB

[51] und wenn die Gefahr nicht auf andere zumutbare Weise abgewendet werden kann, § 218a Abs. 2 StGB (medizinische Indikation)

[52] Zu den wegen der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und der in jedem Falle verbleibenden Verantwortlichkeit der Krankenversicherungsträger für die Erfüllung von Ansprüchen, auch für Behandlungsansprüche bei „Einschaltung" ärztlicher Leistungserbringer, vgl. KassKomm-Höfler, § 15 SGB V Rdnr. 13 m.w.N.

dabei um Maßnahmen der Diagnose. Von „Früh"-Erkennung spricht man deshalb, weil als Bedingung für die Inanspruchnahme keinerlei Befindlichkeitsstörungen vorausgesetzt werden. Die gesetzlichen Voraussetzungen für diese Ansprüche beruhen auf den einschlägigen medizinischen, insbesondere auch epidemiologischen Erkenntnissen. Auch hinsichtlich dieser Untersuchungen gilt ein strikter **Arztvorbehalt**, so dass die Tätigkeit der Krankenkassen sich insoweit auf Maßnahmen gem. § 13 - 15 SGB I beschränkt.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass die **§§ 13 - 15 SGB I** nicht nur das Ziel verfolgen, den Bürger intellektuell in die Lage zu versetzen, seine Rechtsstellung zutreffend zu beurteilen. Vielmehr ist damit zugleich das Ziel verknüpft, den Bürger zu einer **Inanspruchnahme** der ihm zustehenden **Leistungen** zu **motivieren**, um die in den materiellrechtlichen Regelungen de SGB steckenden Ziele des Gesetzgebers (im SGB V z.B. im Hinblick auf den wünschenswerten Gesundheitszustand der Bevölkerung) umsetzen zu helfen.

Dies gilt sicherlich auch im Hinblick auf Früherkennungsuntersuchungen, hinsichtlich derer u.a. durch Informationsveranstaltungen, auch für **speziell betroffene Gruppen**[54], motiviert werden kann. Diesbezüglich ist den Krankenkassen ebenfalls ein wohl **weites Feld eigenverantwortlicher Aktivitäten** eröffnet.

4.10 § 27 Abs. 1 Ziff. 6 i.V.m. §§ 40 - 43 SGB V - Rehabilitationsmaßnahmen

4.10.1 Prävention. Rehabilitation. Krankenbehandlung

Die „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" sind in **§ 11 Abs. 2, § 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB V** sowie in **§ 40 SGB V** geregelt. Ausweislich des Gesetzeswortlautes ist der von Maßnahmen zur „Rehabilitation" berührte Bereich umfassender als der Leistungsbereich der „tertiären Prävention". § 11 Abs. 2 SGB V nennt nämlich verschiedene Ziele von „Rehabilitation": Es geht dabei - im Gesetz an erster Stelle - darum, „eine Behinderung oder

---

[53] vgl. oben II. 1. b) m.w.N.

Pflegebedürftigkeit abzuwenden“ (hierbei handelt es sich um tertiär-präventive Zielsetzungen); weiterhin geht es darum, bei einer eingetretenen Behinderung oder Pflegebedürftigkeit diese Zustände möglichst zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten[55].

Dieses Verständnis von **„Rehabilitation“** wird in den nachfolgenden Bestimmungen des SGB V zu Grunde gelegt; bestätigt wird das dadurch, dass nach allgemeiner Meinung rechtliche Voraussetzungen für **Ansprüche** auf Rehabilitation gem. § 27 Abs. 1 sowie §§ 40 ff. SGB V nur unter den **Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 SGB V** gegeben sind (selbstverständlich zuzüglich spezieller Anspruchsvoraussetzungen)[56]. Fraglich könnte sein, ob „Leistungen zur Rehabilitation“ gem. SGB V auch denkbar sind in Fällen, in denen eine Krankheit (noch) nicht eingetreten ist. Ein derartiges Verständnis vom Umfang der Rehabilitationsleistungen könnte aus § 11 Abs. 2 SGB V abgeleitet werden; denn diese Vorschrift setzt die Leistungen zur Rehabilitation ganz allgemein in Beziehungen zu den Leistungen nach Abs. 1 - und Abs. 1 kennt keine allgemeine Leistungsvoraussetzung im Sinne des Vorliegens einer Krankheit[57]. Gleichwohl lässt sich die Vorstellung, dass Leistungen zur Rehabilitation auch ohne vorangegangene Krankheit und einen infolge der Krankheit verbliebenen Zustand gesundheitlicher Beeinträchtigung vorstellbar ist, nicht halten. Dem widerspräche bereits die traditionelle Vorstellung von „Rehabilitation“, die vom Gesetzgeber zugrunde gelegt worden ist.

Vor allem widerspricht § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 sowie §§ 40 ff. SGB V einem derartigen Verständnis: **§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V** besagt, dass medizinische und ergänzende Leistungen zur **Rehabilitation** ein **Bestandteil der Krankenbehandlung** sind; damit ist gesagt, dass Voraussetzungen für diese Leistungen das Vorliegen einer Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist.

Verdeutlicht wird das im Übrigen auch durch **§ 27 Abs. 1 Satz 3**, der ebenfalls von der (in diesem Fall: medizinischen) Rehabilitation als einem Teil der Krankenbehandlung ausgeht und besondere Pflichten hinsichtlich der Bedürfnisse psychisch Kranker normiert.

---

[54] vgl. KassKomm-Seewald, § 13 SGB I Rdnr. 4

[55] diesbezüglich ist eine tertiär-präventive Zielsetzung insoweit feststellbar, als die Verhütung einer „Verschlimmerung“ bedeutet, dass bislang noch nicht eingetretenen Schäden vorgebeugt werden soll

[56] vgl. KassKomm-Höfler, § 40 SGB V Rdnr. 2, Rdnr. 4

Damit steht fest, in welcher Weise der Bereich der **Tertiärprävention durch das SGB V** abgesteckt ist: Voraussetzung hierfür ist - dem traditionellen Verständnis entsprechend - das Vorliegen einer Krankheit und die Möglichkeit, eine Verschlimmerung der Krankheitsfolgen zu verhüten, um damit einer drohenden Behinderung (oder Pflegebedürftigkeit) vorzubeugen. An diese begrifflichen Grundvoraussetzungen des SGB V knüpfen die denkbaren Maßnahmen an, nämlich ambulante Tertiärprävention im Rahmen ambulanter Krankenbehandlung mit rehabilitativer Zielsetzung[58]. Bei allen diesen Leistungen kommen also durchaus auch tertiär-präventive Zielsetzungen in Frage.

4.10.2 Ärztliche Mitwirkung bei Rehabilitationsmaßnahmen. Eigenverantwortlicher Bereich der Krankenkassen

Fraglich ist, ob diese Maßnahmen zur Rehabilitation sämtlich unter dem **Arzt- oder Krankenhausvorbehalt** stehen oder ob es auch möglich ist, ambulante Rehabilitationsleistungen ohne Einbeziehung vom Ärzten zu erbringen.

Hierbei sind die Regelungen des **§ 15 Abs. 1 SGB V** (praktisch ein berufsrechtlicher Arztvorbehalt für den Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung - in Satz 1 - sowie ein Anordnungs- und Verantwortungsvorbehalt - in Satz 2 - im Hinblick auf Hilfeleistungen), **§ 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 28 Abs. 1 SGB V** und **§§ 72, 73, insb. Abs. 2 SGB V** zu beachten. Aus diesen Bestimmungen folgt ein weitgehender Arztvorbehalt; nur soweit nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung der materiell-rechtliche Anspruch nicht durch einen Arzt bewirkt werden muss, sind andere - z.B. auch die Krankenkasse eigenhändig - zur Leistungserbringung befugt.

Für den Bereich der **Rehabilitation** ist diesbezüglich § 73 Abs. 2 Nr. 5 und 7 SGB V zu beachten, der durch die §§ 27 ff., insb. §§ 40 - 43 SGB V konkretisiert wird. Danach fallen unter den Vorbehalt vertragsärztlicher Versorgung u.a. die „Verordnung von Leistungen zur medizinischen“ und die „Verordnung von ... Behandlung in Vorsorge- und Rehabilita-

---

[57] wie sich aus § 11 Abs. 1 Ziff. 2 und 3 sowie Satz 2 SGB V eindeutig ergibt

[58] gem. § 27 Abs. 1 SGB V, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen - ambulant oder stationär - gem. § 40 SGB V Müttergenesungskuren nach § 41 SGB V, Belastungserprobung und Arbeitstherapie unter den Voraussetzungen von § 42 SGB V sowie „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ gem. § 43 SGB V

tionseinrichtungen“[59]; somit fallen die diesbezüglichen Entscheidungen zur Leistungserbringung grundsätzlich nicht in die Befugnis der Krankenkassen.

Eine **Ausnahme** ist allerdings denkbar hinsichtlich den ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gem. **§ 43 Nr. 2 SGB V**[60], die - im Gegenschluss zu Nr. 1 dieser Bestimmung - offenbar nicht unter einem ärztlichen Vorbehalt stehen und demnach möglicherweise auch nicht von § 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V erfasst werden.

Hierzu ist zu sagen: Die Regelung verlangt nicht, dass die **Notwendigkeit der ergänzenden Leistung** ärztlich begründet wird; somit kann auch die Krankenkasse entscheiden, ob sie[61] die ergänzende Leistung erbringen kann[62]. Bestätigt wird diese Auffassung durch die im Schrifttum angeführten Beispiele für ergänzende Maßnahmen gem. § 42 Nr. 2 SGB V, die offensichtlich einer ärztlichen Verordnung nicht bedürfen: Schulungen von Angehörigen der Versicherten für die weitere Behandlung als Eigenleistung; Mutter-Kind-Kurs, in dem die Mutter geschult wird und zur Entlastung der Krankenkasse in eine fachgerechte Behandlung (z.B. krankengymnastische, beschäftigungs- oder sprachtherapeutische Übungsbehandlung) eingewiesen wird[63]; Schulung der Partner von Dialysepatienten[64].

Somit steht den **Krankenkassen** insoweit ein generalklauselartig formulierter, **eigenverantwortlicher Handlungsspielraum** offen, der freilich die Grenzen des § 43 Nr. 2 SGB V[65] beachten muss.

---

[59] gem. § 73 Abs. 2 Nr. 5 und 7 SGB V
[60] ebenso: § 12 Nr. 7 und § 20 RehaAnglG
[61] selbstverständlich unter Beachtung des § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot; vgl. auch V. 4.)
[62] Zipperer, in: Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar 1200 § 43 SGB V Rdnr. 8
[63] vgl. BSGE 46, 299 = SozR 2200 § 182 Nr. 36
[64] Zipperer, aaO., mit Hinweis auf § 20 SGB V; KassKomm-Höfler, § 43 SGB V Rdnr. 8 und 9, dort mit weiteren Hinweisen u.a. auf das Schrifttum und Empfehlungsvereinbarungen der Krankenversicherungs-Spitzenverbände, wonach auch die Förderung von Selbsthilfegruppen (nunmehr § 20 Abs. 3 SGB V n.F.), ambulante Reha von Suchtkranken (Gruppentherapie, Familientherapie, soziale Betreuung) und für Rheuma-Kranke spezielle Gymnastik, Beratung und Gruppenarbeit unter § 43 Nr. 2 SGB V fallen; vgl. auch Krauskopf, aaO., § 43 SGB V Rdnr. 3
[65] keine Zuordnung zu den berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation oder zu den Leistungen der sozialen Eingliederung

4.11 § 41 SGB V – Medizinische Rehabilitation für Mütter

Auch bei der **Müttergenesungskur** handelt es sich um eine Maßnahme der Rehabilitation, die - unter anderem - **tertiär-präventive Ziele** verfolgt. Der Gesetzgeber wollte auch damit die Gesundheit der Mütter fördern.

Während bei **§ 24 SGB V** (Medizinische Vorsorge für Mütter) eine **Gesundheitsbeeinträchtigung noch nicht** vorliegt, betrifft § 41 SGB V den Fall, in dem es um die Wiederherstellung der Gesundheit von Frauen mit Kindern geht und - insoweit handelt es sich um tertiäre Prävention - denkbare, drohende zusätzliche Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindert werden sollen. Bei einer derartigen Reha-Kur handelt es sich ebenfalls um eine **komplexe Leistung**.

Zu beachten ist, dass die Rehabilitationseinrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartiger Einrichtungen zu den Rehabilitationsträgern i.S.d. **§ 107 Abs. 2 SGB V** gehören, mit denen nach **§ 111 SGB V** Versorgungsverträge abzuschließen sind[66]. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen kommen - angesichts des betroffenen Aufgabenbereichs - grundsätzlich nach § 140 Abs. 2 SGB V in Frage; denn es handelt sich hierbei thematisch um Aufgaben der Rehabilitation. Die praktische Bedeutung dieser Möglichkeit dürfte allerdings als gering einzuschätzen sein.

4.12 § 42 SGB V - Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Bei der Belastungserprobung handelt es sich um **diagnostische Maßnahmen**, die von der Krankenversicherung bewirkt werden können. Die Arbeitstherapie zielt auf die Ausbildung von Fähigkeiten und Fertigkeiten ab; damit soll also der Versicherte für die Teilnahme am Arbeitsleben gefördert und trainiert werden, wobei nicht nur Handfertigkeiten und handwerklich technische Fähigkeiten, sondern auch geistig-psychische Befähigungen bewirkt oder verstärkt werden sollen[67]. Es handelt sich dabei also um ein Leistungstraining, mit dem auf die Verbesserung von Arbeitsqualität und Arbeitsgeschwindigkeit hingewirkt

---

[66] KassKomm-Höfler, § 41 SGB V Rdnr. 7, mit Hinweis auf die alternativ denkbare Auszahlung von Zuschüssen aufgrund einer entsprechenden Satzungsbestimmung

[67] z.B. Interesse, Ausdauer, Pünktlichkeit, Auftreten im Arbeitsleben, Selbstvertrauen, Kontaktfähigkeit und Kooperationsbereitschaft, vgl. Mrozynski, SGb 1985, 277, 295

werden soll[68]. Ziele der **Prävention** werden mit § 42 SGB V wohl nur **mittelbar** angestrebt und erreicht.

4.13 § 43 SGB V - Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

4.13.1 Allgemeine Voraussetzungen

Auch hier ist zunächst die allgemeine **Leistungsvoraussetzung** einer „Behinderung" (bzw. chronische Erkrankung) zu beachten[69], die als Abweichung von der normalen körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung definiert wird; Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ist nicht erforderlich. Die Übereinstimmung mit dem Begriff „Krankheit" besteht also nur hinsichtlich der Ausgangslage, nämlich der Abweichung von der gesundheitlichen Norm[70].

Nach der **bisherigen Rechtsprechung** genügte für das Vorliegen von **„Behinderung"** nicht nur eine medizinische Regelwidrigkeit - z.B. eine röntgenologisch nachzuweisende Wirbelsäulenveränderung; vielmehr war für den Begriff der Behinderung auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ein zweistufiger Begriffsaufbau anerkannt; zur **Regelwidrigkeit** muss demnach noch eine **funktionelle Einschränkung** hinzutreten - im Beispiel der Wirbelsäulenveränderungen also noch zusätzlich Bewegungseinschränkungen.

Zu beachten ist weiterhin, dass nach dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung auch vorübergehende Beeinträchtigungen als **„Behinderung"** anerkannt waren, so dass also auch Leistungen für **kürzere Zeiträume** in Frage kamen konnten[71]. Zu bemerken ist schließlich, dass im Gesetzgebungsverfahren ausdrücklich darauf hingewiesen worden ist, dass § 43 SGB V auch auf psychisch Kranke anzuwenden ist[72]. Als weitere Leistungsvoraussetzung ist zu beachten, dass die Krankenkasse zuvor Krankenbehandlung geleistet

---

[68] vgl. Kolb/Seidl, Rehabilitationsrecht, Rdnr. 148
[69] dies folgt aus § 43 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Nr. 2 SGB V
[70] vgl. BSGE 30, 151 = SozR Nr. 37 zu § 182 RVO; SozR 2200 § 1237b Nr. 3
[71] vgl. für alle KassKomm-Höfler, § 11 SGB V Rdnr. 9a
[72] vgl. die Begründung zum Entwurf der Bundesregierung, BR-Drucks. 200/88, S. 180

haben muss oder noch leistet; daraus ergibt sich eine Einschränkung des potentiellen Teilnehmerkreises an entsprechenden Veranstaltungen.

Mittlerweile ist der Begriff der **Behinderung** (sowie der **drohenden Behinderung**) für alle Rehabilitationsträger und –leistungen einheitlich **legal-definiert durch § 2 SGB IX**[73].

4.13.2 Rehabilitationsleistungen

§ 43 SGB V unterscheidet zwei Arten von „ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation". In den Fällen der **Nr. 1** (Vorliegen von Behinderung) wird man den dort in abstrakter Weise aufgeführten Leistungen in der Regel (auch) **tertiär-präventive Wirkungen** beimessen können.

Bei Vorliegen einer chronischen Krankheit (Fälle der **Nr. 2**) wird es zumeist auch darum gehen, eine infolge der Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern[74]; das ist eine **primär-präventive Zielsetzung**.

4.14 § 43a – Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Die „nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen" gem. **§ 43a SGB V** haben ausdrücklich des Gesetzeswortlauts eine lediglich **sekundär-präventive Wirkung**; aus dem Blickpunkt der Krankenbehandlung dienen sie allein der **Früherkennung**; die Aufstellung eines Behandlungsplanes, der mit einbezogen ist, lässt sich wohl bereits als erste Maßnahme einer (Früh-)Behandlung verstehen.

---

[73] Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX v. 19.6.2001 (BGBl. I, S. 1046), geändert durch G v. 10.12.2001 (BGBl. I, S. 3443)

[74] vgl. dazu § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

4.15 §§ 63 – 66 – Weiterentwicklung der Versorgung

4.15.1 Die Rechtslage nach dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz

Das 2. GKV-NOG hat die **zuvor** geltenden „**Erprobungsregelungen" der §§ 63 - 68 SGB V** (nunmehr a.F.) durch **neue** Bestimmungen zur **„Weiterentwicklung der Versorgung"** - so die neue Überschrift des Zehnten Abschnitts des SGB V - ersetzt; die §§ 63 - 65 SGB V sind neu gefasst worden; die §§ 67 und 68 SGB V sind aufgehoben worden.

Im Hinblick auf **Präventions-Maßnahmen** können Krankenkassen „**Modellvorhaben** zu Leistungen zur **Verhütung und Früherkennung** von Krankheiten ..., die nach den Vorschriften dieses Buches oder aufgrund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren"[75]. Damit soll die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung entscheidend verbessert werden[76].

Diese neuen Regelungen sollen hier nicht im einzelnen analysiert und bewertet werden. Als bemerkenswert sei hier lediglich erwähnt, dass diese Modellvorhaben nicht von den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse finanziell allein zu tragen sind[77], dass sie freilich auch den Grundsatz der Beitragsstabilität zu beachten haben, Mehrkosten infolge der Modellvorhaben durch nachzuweisende Einsparungen ausgleichbar sind[78], und dass von den Regelungen des Viertel Kapitels des SGB V (§§ 69-140 SGB V) abgewichen werden kann.

Aus **§ 63 Abs. 1 SGB V** folgt, dass nicht stets Verträge gem. § 64 SGB V geschlossen werden, dass also die **Krankenkassen** über einen **eigenverantwortlichen Handlungsspielraum** verfügen.

Handelt es sich hingegen um Verträge nach **§ 64 SGB V**, muss das **ärztliche Behandlungsmonopol** und die diesbezügliche Zuständigkeit der kassenärztlichen Verbände ge-

---

[75] § 63 Abs. 2 SGB V n.F.
[76] Begründung des Regierungsentwurfs zum 2. GKV-NOG, BR-Drucks. 822/96, S. 48
[77] also anders als bei den „Erweiterten Leistungen" gem. dem früheren § 56 SGB V, insb. dessen Abs. 4
[78] § 63 Abs. 3 SGB V

wahrt bleiben[79]. Vor allem wird den Krankenkassen im Hinblick auf die Prävention ein gegenständlich nicht beschränktes Tätigkeitsfeld eröffnet.

4.15.2 Insbesondere: § 65b SGB V – Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

Mit dieser Vorschrift reagiert der Gesetzgeber auf die Einrichtungen der **Verbraucher- und Patientenberatung**; die Grundlagen der ideellen (**Neutralität)** und finanziellen Basis **(Unabhängigkeit)** der entsprechenden Organisationen erscheinen dem Gesetzgeber teilweise wenig transparent; außerdem wird der Wirkungsbereich regional sehr unterschiedlich eingeschätzt; der Gesetzgeber geht davon aus, dass eine einheitliche Vertretung von Verbraucher-/Patienteninteressen derzeit keiner Organisation zugeschrieben werden kann[80].

Mit der **verpflichtend** im Rahmen von **Modellvorhaben** vorgesehenen **Förderung** von Einrichtungen betreibt der Gesetzgeber unmittelbar eine Politik, die ausweislich der gesetzgeberischen Überlegungen der **Schaffung** bestimmter **Organisationen** dienen sollen, die neutral und unabhängig sind[81]. Es kann sich dabei um Beratungsstellen sowie sowohl private als öffentlich-rechtliche Träger handeln.

Letztlich dient diese **Förderung** den **Versicherten**, die in ihrer Funktion nicht nur als Patienten, sondern auch als Verbraucher künftig in den Genuss von gesundheitlicher **Information**, gesundheitlicher **Beratung** und gesundheitlicher **Aufklärung** kommen sollen, die nach Ansicht des Gesetzgebers bisher offenbar nur unzulänglich vorhanden ist.

Während **die „Patienten“** diejenigen Personen sind, die speziell im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung die Leistungen der Anbieter von medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen oder dies beabsichtigen, sind **Verbraucher** solche Personen, die sich allgemein Güter und Dienstleistungen verschaffen oder besorgen wollen[82]. Weiterhin muss man bedenken, dass mit gesundheitlicher Information die Unterrichtung der Versicherten über medizinische und andere erhebliche Tatsachen gemeint ist, soweit die Versicherten

---

[79] § 64 SGB V soll u.a. sicherstellen, dass Modellvorhaben im vertragsärztlichen Bereich abgestimmt werden und durch Modellvorhaben keine Ausweitung der Gesamtvergütungen oder Budgets erfolgen
[80] vgl. BT-Drucks. 14/1245, S. 67 (zu § 65b)
[81] vgl. § 65b Abs. 1 Satz 2 SGB V

als Verbraucher oder Patient betroffen sind. **Information** wird man wohl – im Gegensatz zur Aufklärung – eher **individuell** verstehen müssen.

Die gesundheitliche Beratung umfasst neben der Information der Versicherten auch Hinweise auf **Interessenlagen** und das Aufzeigen und Bewerten von **Handlungsalternativen**; auch diese Leistung ist **individuell** angelegt[83].

Die gesundheitliche **Aufklärung**[84] dient eher der allgemeinen, **generellen Information** der Versicherten ohne Bezug zu einem konkreten Beratungsbedürfnis.

Betrachtet man § 65b SGB V hinsichtlich der beabsichtigten Gesamtwirkung, so zielt diese Vorschrift auf eine gleichsam **mehrfach mittelbar gestufte Verhaltensprävention** ab; die „idealen" Verbraucher- und Patienteneinrichtungen der Zukunft (gefördert nach dem SGB V) sollen in ihrer Tätigkeit überzeugend auf das **Verhalten** der **Versicherten** dahingehend einwirken, dass diese ihre Lebensweise – hinsichtlich sämtlicher Verbrauchsgüter – gesundheitsbewusst einrichten. Das ist eine **sehr weit gefasste Zielsetzung**, die budgetmäßig allerdings durch den Gesetzgeber klar begrenzt worden ist[85].

4.15.3 Insbesondere: § 66 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Diese Regelung beruht auf den Erfahrungen, denenzufolge es schwierig ist, im Bereich der **Behandlungsfehlerhaftung** berechtigte Ansprüche allein durchzusetzen. Der Gesetzgeber führt das insbesondere auf das **Wissens- und Informationsgefälle** zwischen Arzt und Patient sowie auf das hohe **Prozesskostenrisiko** des Versicherten zurück[86]. Auch in dieser Vorschrift kann man eine **präventive Wirkung** sehen. Man muss dabei bedenken, dass Behandlungsfehler i.S. des § 66 SGB V sowohl Ärzten als auch ihren Hilfspersonen[87] unterlaufen können; das Gleiche gilt für andere Personen, die bei der Abgabe von Heilmitteln[88], bei häuslicher Krankenpflege[89] sowie im Rahmen anderer Leistungen behandelnd tätig werden. **„Behandlung"** ist die gezielte Bekämpfung einer Krankheit mit medizini-

---

[82] KassKomm-Höfler, § 65b SGB V RdNr. 3
[83] vgl. KassKomm-Höfler, § 65b SGB V RdNr. 6 mit Hinweis auf § 14 SGB I
[84] vgl. dazu auch KassKomm-Seewald, § 13 SGB I RdNr. 2, 4
[85] vgl. § 65b Abs.1 Satz 1 SGB V
[86] BT-Drucks. 14/1245, S. 67 (zu § 66)
[87] vgl. §§ 15 Abs. 1, 28 SGB V
[88] vgl. § 124 SGB V
[89] vgl. § 132 SGB V

schen Mitteln, und ein z.B. **ärztlicher Behandlungsfehler** liegt vor, wenn **gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen** wurde[90].

§ 66 SGB V regelt lediglich die Verfolgung von privatrechtlichen Schadensersatzansprüchen, und zwar aus **Vertrag** sowie aus **unerlaubter Handlung**. Es ist auch unerheblich, ob diese Ersatzansprüche gerichtlich oder außergerichtlich verfolgt werden.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass auf die Art und Weise die **Beweisführung** des Versicherten erleichtert oder ermöglicht wird.

Man darf annehmen, dass ein insoweit besser funktionierendes **Haftungsregime** die **Leistungserbringer** dazu bewegen wird, **künftig sorgfältiger** zu arbeiten; damit würden die **Schäden vermieden**, die nachweislich auf unzulänglicher Krankenbehandlung beruhen. Und damit wäre auch das **präventive Anliegen** dieser Vorschrift – die Verhütung von vermeidbaren, weil schuldhaft verursachten Behandlungsfehlern seitens der Leistungserbringer – deutlich.

4.15.4 Zwischenergebnis

Betrachtet man die Rechtslage nach Inkrafttreten der §§ 63 - 66 SGB V (n.F.) im Hinblick auf Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so bieten sich aus gesetzessystematischer Betrachtungsweise folgende **Möglichkeiten** der Krankenkassen zur **Prävention**:

- Die Prävention im Rahmen von **Modellvorhaben** nach den Regelungen über die „Weiterentwicklung der Versorgung“ (§§ 63 - 66 SGB V) mit der Begrenzung auf eine Dauer von (nunmehr) im Regelfall acht Jahren und unter der letztlich wohl fragwürdigen Annahme, dass Modellvorhaben, deren **Nutzen und Risiken** im Hinblick auf eine ausreichende, zweckmäßige und **wirtschaftliche Versorgung** der Versicherten noch nicht hinreichend beurteilt werden können, ausgeschlossen sein sollen[91].

---

[90] vgl. KassKomm-Höfler, § 66 SGB V RdNr. 4 m.w.N.
[91] so der Regierungsentwurf, BR-Drucks. 822/96, S. 76

- Die Präventionsleistungen nach den **übrigen Regelungen des SGB V**, die auf ihre Eignung als Aufgaben- und Befugnisnorm zur Erbringung präventiver Leistungen dargestellt worden sind und nachfolgend dargestellt werden und die den Krankenkassen nach der hier vertretenen Ansicht bereits ein umfassendes Betätigungsfeld im Bereich des präventiven Gesundheitsschutzes ohne die Einschränkungen eröffnet, die der Gesetzgeber dem § 63 SGB V beigegeben hat.

Die **Prävention** im Rahmen von **„Erweiterten Leistungen"** gem. Satzungsregelungen auf der Grundlage von **§ 56 SGB V**, ebenfalls ohne gegenständliche Begründung, jedoch finanziert allein von den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse, besteht nach Aufhebung dieser Regelung[92] **nicht mehr**.

4.16 § 70 Abs. 2 SGB V - Hinwirkungspflicht hinsichtlich einer humanen Krankenbehandlung

Mit **§ 70 Abs. 2 SGB V** soll der besonderen Bedeutung einer humanen Krankenbehandlung als tragendem **Prinzip** der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen werden[93]. Es soll sich hierbei um einen **Programmsatz** handeln, der bisher nicht konkretisiert worden ist[94].

Unter dem Gesichtspunkt der **Prävention** und dem **Grundgedanken**, dass es sicherlich menschengerechter ist, Krankheiten dort, wo es möglich ist, vorbeugend-vorsorglich zu verhindern als den Eintritt der Krankheit (mit „anschließendem" Anspruch auf Kuration) abwarten zu müssen, lässt sich die naheliegende Schlussfolgerung ziehen, dass der Verwirklichung von Prävention ein vergleichsweise hoher Stellenwert zuzuerkennen ist, insbesondere auch bei der Dimensionierung der entsprechenden Aktivitäten einschließlich ihrer finanziellen Ausstattung.

---

[92] durch das G v. 19.12.1998 (BGBl. I, S. 3853), m.W.v. 1.1.1999
[93] so Begründung zum Regierungsentwurf GRG, BR-Drucks. 200/88, S. 191
[94] KassKomm-Höfler, § 70 SGB V Rdnr. 10; Krauskopf, aaO., § 70 SGB V Rdnr. 10

Mit diesem Verständnis von § 70 Abs. 2 SGB V würde die **Hinwirkungspflicht** zur humanen Krankenbehandlung sich nicht nur auf die konkrete Art und Weise der Leistungserbringung beschränken; vielmehr wäre damit auf **das gesamte System Krankenbehandlung** im Sinne eines **Vorrangs der Prävention** vor der Kuration (so ausdrücklich § 3 SGB IX) und im Sinne einer diesem Prinzip entsprechenden Gewichtung der Aktivitäten Einfluss zu nehmen.

4.17 § 70 Abs. 1 SGB V - Standard der Gewährleistung der Versorgung

Unter dem gleichen Gesichtspunkt, ist auch an eine konkretisierende Ausrichtung der Pflichten nach **§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V** zu denken. Der „Stand der **medizinischen Erkenntnisse**“ umfasst selbstverständlich auch die Erkenntnisse über die Möglichkeiten der **Prävention** - und damit der **Vermeidbarkeit von Kuration**; somit lässt sich auch diese Regelung entsprechend auslegen im Sinne eines Verständnisses, das bereits im GRG in vielen Vorschriften angelegt und - insgesamt betrachtet - zu einem Grundsatz eines modernen Krankenversicherungsrechts gemacht worden ist.

4.18 § 73 Abs. 1 SGB V - Prävention im Rahmen der „Vertragsärztlichen Versorgung“

In den §§ 72 ff. SGB V - „Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“ - werden die Rechte und **Pflichten der ärztlichen** (und zahnärztlichen) **Leistungserbringer** normiert; dabei wird (zumindest der Sache nach, z.T. aber auch ausdrücklich) auch der Bereich der **Prävention** aufgegriffen und geregelt.

Beispiel hierfür ist zunächst **§ 73 Abs. 1 Nr. 1 SGB V** insoweit, als dort die „Diagnostik“ als Teil der ärztlichen Betreuung aufgeführt wird; darunter fällt auch die **Früherkennung** (sekundäre Prävention).

Weiterhin werden ausdrücklich die „Einleitung oder Durchführung **präventiver ... Maßnahmen**“ als Teil der **vertragsärztlichen Versorgung** genannt; zudem ist dort auch die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste (wobei durchaus auch Präven-

tion geleistet werden kann) in die Behandlungsmaßnahmen „als Inhalt der hausärztlichen Versorgung“ normiert[95].

Aus der Sicht der vertragsärztlichen Versorgung **(§ 73 SGB V)** wird die Prävention zudem unter folgenden Gesichtspunkten geregelt: In **Abs. 2 Ziff. 3** dieser Vorschrift werden die „Maßnahmen zur **Früherkennung** von Krankheiten“ (also sekundäre Prävention) genannt; in **Abs. 2 Ziff. 5** wird die „Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (und somit u.a. auch der **tertiären Prävention**) angesprochen; in **Abs. 2 Ziff. 7** wird u.a. die „Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ festgelegt.

Weiterhin ist auf **§ 73 Abs. 3 SGB V** hinzuweisen; danach ist in den Gesamtverträgen „zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur vertragsärztlichen Versorgung nach Abs. 2 gehören, Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind“.

Mit dieser Vorschrift soll die Möglichkeit eröffnet werden, durch vertragliche Regelungen **zusätzliche Maßnahmen** zur Vorsorge und Rehabilitation in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen[96]. Daraus ist zu folgern, dass den **Krankenkassen** eine allgemeine **Verbandskompetenz** zusteht, die sich auf **Vorsorge** und Rehabilitation auch in Fällen bezieht, die nicht bereits durch die konkrete gesetzliche Regelung zur vertragsärztlichen Versorgung erfasst sind.

„Maßnahmen zur **Früherkennung**“ werden weiterhin auch in **§ 73 Abs. 6 SGB V** angesprochen; aus dieser Regelung lässt sich u.a. ersehen, dass die **„sekundäre Prävention“ fester Bestandteil der Versorgung der Versicherten** ist, und zwar unabhängig davon, in welchem institutionellen Rahmen die Versorgung geleistet wird.

---

[95] § 73 Abs. 1 Ziff. 4 SGB V
[96] vgl. Begründung zum Regierungsentwurf BR-Drucks. 200/88, S. 192

4.19 § 92 SGB V - Richtlinien der Bundesausschüsse

Durch **§ 92 SGB V** werden die Bundesausschüsse auch im Bereich der **Prävention** zum Erlass von **Richtlinien** ermächtigt; nach der neuesten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts handelt es sich bei den Richtlinien um normativ-verbindliche Regelungen[97].

§ 92 Abs. 1 Satz 2 Ziff. 3 SGB V nennt „Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten" (also der sekundären Prävention); soweit „ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft" auch der **Abwehr von Gesundheitsgefahren** dient, wird dadurch zu Regelungen gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 ermächtigt.

Schließlich wird in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 zu Richtlinien über die „Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation" ermächtigt.

Die Ermächtigung nach **§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V** (betr. Früherkennungsmaßnahmen) wird konkretisiert in Abs. 4, und zwar im Hinblick auf die „Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind" (Ziff. 1) - damit wird auch im Bereich der **Früherkennung** nochmals auf das rechtsverbindliche Prinzip der **Wirtschaftlichkeit**[98] deutlich hingewiesen. Weiterhin wird - in **§ 92 Abs. 4 Nr. 2 SGB V** - eine relativ umfassende Dokumentationspflicht angeordnet; damit soll offenbar eine Möglichkeit der Beurteilung von **Effektivität und Effizienz** von **Früherkennungsmaßnahmen** ermöglicht werden.

Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Zusammenhang allerdings auch das **Veto-Recht**, das den Bundesausschüssen **(nach § 91 SGB V)** im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V durch das 2.GKV-NOG im Hinblick auf Modellvorhaben eingeräumt worden ist[99].

---

[97] vgl. BSG U. v. 20.3.1996 – Az: RKa 62/94 - BSGE 78, S. 70 m.w.N.
[98] vgl. dazu bereits §§ 2, 12, 70 Abs. 1 Satz 2, 72 Abs. 2 SGB V sowie § 69 Abs. 2 SGB IV
[99] vgl. § 63 Abs. 4 Satz 1 SGB V n.F.

Schließlich ist für Maßnahmen der **tertiären Prävention** nicht ohne Bedeutung die Regelung in **§ 92 Abs. 5 Satz 2 SGB V**, wonach in den Richtlinien - nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 - zu regeln ist, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Ärzte die Krankenkassen über die Behinderung von Versicherten zu unterrichten haben.

Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass diese Informationen für Maßnahmen der tertiären Rehabilitation seitens der Krankenkassen aufschlussreich sein können, insbesondere soweit es um die Möglichkeit spezifischer Angebote zu Verhinderung weiterer Gesundheitsbeeinträchtigungen geht.

4.20 § 107 SGB V – Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Diese Regelung ist insoweit für das gesamte präventive Anliegen des SGB V von Bedeutung, als in **§ 107 Abs. 2 SGB V**, also im Rahmen der gesetzlichen Merkmale von **„Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“** (i.S.d. SGB V), gesetzgeberische Hinweise insbesondere auch begrifflicher Natur gegeben werden.

Aufschlussreich ist vor allem die **Legaldefinition von „Vorsorge“**[100], die wohl für das gesamte SGB V gelten soll: Die dort genannten Merkmale bezeichnen recht exakt die Situation, in der bereits eine **Gefahr für die Gesundheit** vorliegt, also diagnostizierbar ist – die Bezeichnung der diesbezüglichen (gefahrenabwehrenden) Maßnahme als solche der „Vorsorge“ **widerspricht** der üblichen verwaltungsrechtlichen **Terminologie**, die unter (Gefahren-)Vorsorge die Verhinderung bereits von Gefahrensituationen (und nicht nur die Verhinderung von Schadensereignissen) versteht.

Das in § 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zu Tage tretende Verständnis von **„Vorsorge“** entspricht offensichtlich den diesbezüglichen Vorstellungen des **Gesetzgebers** in § 23 Abs. 1 Nr. 1, 2 sowie Nr. 3, 1.Alternative SGB V; die **Vermeidung** der „Verschlimmerung von Krankheiten“[101] sowie die „Vermeidung von Pflegebedürftigkeit“[102] wird in § 107 Abs. 2 SGB V – und offenbar abweichend von der Begrifflichkeit des § 23 Abs. 1 SGB V – nicht mehr der „Vorsorge“ zugerechnet.

---

[100] in § 107 Abs. 2 Nr. 1 a) SGB V
[101] § 23 Abs. 1 Nr. 3, 2.Alternative
[102] § 23 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

Eine **andere Kategorie** von Maßnahmen wird offensichtlich in **§ 107 Abs. 2 Nr. 1 b) SGB V** angesprochen; dabei finden sich **primär- sowie tertiärpräventive Leistungen** der Rehabilitation[103].

Aufschlussreich ist schließlich **§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V**, der an sich die qualitativen Anforderungen an das Personal von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zum Gegenstand hat. Dabei werden der Sache nach zwei Leistungskomplexe genannt: **Verbesserung des Gesundheitszustandes** von Patienten sowie Hilfe für Patienten bei der **Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte**.

Zur ersten Alternative[104] ist zu sagen, dass es dabei wohl **nicht** um den **„allgemeinen Gesundheitszustand“** geht, dessen Verbesserung vom Gesetzgeber als Ziel primärer Prävention bezeichnet wird (in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V), sondern um den Zustand von Patienten; unter gesetzessystematischer Betrachtung handelt es sich dabei um Personen, die entweder die Merkmale des § 107 Abs. 2 Nr. 1 a) (in ihrer Gesundheit Gefährdete) oder b) SGB V (Kranke) erfüllen. Somit dient diese Verbesserung[105] in gleicher Weise präventiven Zielen, wie es für § 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V festgestellt werden konnte.

Die zweite Alternative[106], die Hilfe bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte, betrifft ebenfalls gefährdete (weil bereits in ihrer Gesundheit geschwächte) oder kranke Patienten. Zu einem Teil wird man auch diesen Hilfe-Leistungen **präventive Wirkung**, insb. tertiärer Natur, zusprechen können.

---

[103] Verschlimmerung von Krankheiten verhüten; drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abwenden oder beseitigen (wobei der Unterschied zwischen „abwenden“ und „beseitigen“ in diesem Zusammenhang wohl kaum erklärbar ist); Verschlimmerung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit verhüten oder mildern

[104] Verbesserung des Gesundheitszustandes von Patienten

[105] nach § 107 Abs. 2 Nr. 2, 1.Alternative SGB V

[106] des § 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

4.21 § 111 SGB V - Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

§ 111 SGB V ist im Zusammenhang mit § 23 Abs. 4, § 40 und § 107 SGB V zu sehen. Mit diesen Bestimmungen werden die **bisherigen Kur- und Spezialeinrichtungen** (i.S.d. früheren § 184a RVO) in ein den Krankenhäuser vergleichbares Vertragssystem einbezogen; dabei sind die qualitativen Anforderungen auf die besonderen Aufgaben der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zugeschnitten[107]. Offenbar will der Gesetzgeber auch damit dem **Stellenwert von Prävention** und Rehabilitation besondere **Bedeutung** zumessen.

4.22 § 111a SGB V - Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

§ 111a SGB V ist durch Art. 1 Nr. 40 2. GKV-NOG in das SGB V eingefügt worden. Danach sollen die dort genannten Spitzenverbände gemeinsam **Rahmenempfehlungen** für ambulante und stationäre medizinische **Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen** abgeben, mit denen auch - aber nicht nur - die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V konkretisiert werden.

Das Gesetz nennt beispielhaft eine Reihe von Regelungsinhalten. Somit werden in dem damit gegebenen gesetzlichen Rahmen **auch** den **Anliegen primärer und tertiärer Prävention** Rechnung getragen.

4.23 §§ 135 – 139 SGB V – Sicherung der Quali der Leistungserbringung

Diese Regelungen befassen sich **ausdrücklich nicht** mit **präventiven Zielsetzungen**. Die allgemeine „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ (in § 135a Abs. 1 SGB V) umfasst sämtliche Leistungen, die nicht „eigenhändig“ von den Krankenkassen, sondern von „Dritten“ – den Leistungserbringern – bewirkt werden. Die Regelungen in §§ 136 – 139

---

[107] vgl. Begründung zum Regierungsentwurf GRG BR-Drucks. 200/88, S. 199

SGB V[108] konkretisieren diese Verpflichtung in inhaltlicher und verfahrensrechtlicher Weise.

Der Sache nach steckt in diesen Vorschriften eine nicht zu unterschätzende **präventive Dimension**; dabei muss man sich lediglich vor Augen halten, welches **Gefahrenpotential** in einer **suboptimalen Behandlung von Patienten** liegt, die sich einer Früherkennung von Krankheiten stellen.

4.24 § 140 SGB V - Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

In einer gewissen **Korrespondenz zu § 111 SGB V** steht **§ 140 Abs. 2 SGB V**; danach dürfen Krankenkassen neue Einrichtungen nur errichten, „soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der **Gesundheitsvorsorge** und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können".

Mit dieser Vorschrift ermöglicht der GRG-Gesetzgeber „**Ausnahmen**, z.B. selbst von der Krankenkasse durchzuführende Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (§ 20 Abs. 2)"[109]. Damit ist deutlich gemacht worden, dass die Krankenkasse von dieser Ausnahmeregelung Gebrauch machen kann in allen Fällen, in denen es um Erhaltung und **Förderung der Gesundheit** geht, und zwar nicht nur im Umfang des früheren § 20 Abs. 2 SGB V, sondern im Rahmen der gesamten Verbandskompetenz der Krankenkassen im Hinblick auf Maßnahmen „zur Erhaltung und Förderung" der Gesundheit.

4.25 §§ 140a – 140h SGB V – Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung

Diese Regelungen befassen sich **ausdrücklich nicht** mit **präventiven Zielsetzungen**, umfassen jedoch potentiell das **gesamte Versorgungsangebot der Krankenkassen**, also ein-

[108] vgl. dazu näher unten zu den Handlungsfeldern unter dem Stichwort „Qualitätssicherung" (C. V.)
[109] so wörtlich die Begründung des Regierungsentwurfs zum GRG, BR-Drucks. 200/88, S. 208

schließlich der Präventions- und Vorsorgeleistungen; das erschließt sich u.a. durch die Bezugnahme auf § 111 SGB V[110] und die Leistungsansprüche der Versicherten[111].

Im Zusammenhang mit dem präventiven Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung dürfte von besonderem Interesse die **Frage** sein, ob sich im Rahmen einer **integrierten Versorgungsform** eine **Kombination von Prävention und Kuration** bewerkstelligen lässt mit nachweisbaren **Einsparungseffekten**, aus denen nach den Vorstellungen des Gesetzgebers auch ein Bonus an die Versicherten sowie an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer weitergeleitet werden kann[112].

4.26 § 145 Abs. 3 Satz 2 SGB V - Leistungen ohne Rechtsanspruch

Ausdrücklich befasst sich **§ 145 Abs. 3 SGB V nicht** mit Maßnahmen der **Prävention**. In dieser Vorschrift[113] ist gleichwohl eine wesentliche Aussage enthalten, die Bedeutung für präventive Maßnahmen der Krankenkassen haben. Es ist dort nämlich ausdrücklich festgestellt, dass die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen ohne Rechtsanspruch kennt. Dabei handelt es sich nicht um Ermessensleistungen[114]. Vielmehr wird mit dieser Regelung[115] darauf hingewiesen, dass es im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen Ausnahmen von dem Grundsatz gibt, dass auf Sozialleistungen stets ein Anspruch besteht - so die Regel-Anordnung in § 38 SGB I.

Dass derartige Abweichungen im Sinne einer lediglich **objektiv-rechtlichen Verpflichtung** zur Erbringung von Leistungen zulässig sind, folgt aus § 37 SGB I (Vorbehalt abweichender Regelungen); daraus ergibt sich, dass § 38 SGB I nicht unbedingt in allen beson-

---

[110] in § 140 b) Abs. 2, 3.Spiegelstrich SGB V
[111] vgl. § 140 b) Abs. 3 SGB V
[112] vgl. § 140g SGB V – Bonus in der integrierten Versorgung
[113] „Die Ausgaben sind zu mindern um ... die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht ..."
[114] a.A. Krauskopf, aaO., § 145 Rdnr. 21, der folgerichtig zu dem Ergebnis kommt, dass die Ausklammerung dieser (seiner Ansicht nach Ermessens-) Leistungen nicht gerecht sei; zutreffend wird darauf hingewiesen, dass die Ermessensleistungen keineswegs im Belieben der Krankenkassen stehen
[115] § 145 Abs. 3 Satz 3 SGB V; die redaktionelle Anpassung dieser Vorschrift an die §§ 63 ff. SGB V n.F. ist noch nicht erfolgt

deren Teilen des SGB durchgehend und einheitlich Anwendung finden muss. Damit ist eine Erklärung u.a. auch für die rechtliche Struktur der **Leistungen der Prävention** seitens der Krankenkassen gegeben, die in **§ 1 SGB V** ausdrücklich normiert sind[116]. Entsprechendes gilt auch für andere Leistungen der Krankenkassen, hinsichtlich derer das Gesetz - ggf. i.V.m. gesetzeskonkretisierenden Normen (Rechtsverordnungen, Richtlinien, Satzungen) oder Verträgen - keine Regelungen trifft, aus denen ein Anspruch i.S. einer unbedingten oder zumindest im Ermessen stehende subjektiv-öffentlich-rechtliche Position des Versicherten gefolgert werden kann.

4.27 § 219 Abs. 2 SGB V - Arbeitsgemeinschaften mit präventiven Zielsetzungen

In **§ 219 Abs. 2 SGB V** hat der Gesetzgeber auf die Zulässigkeit von Arbeitsgemeinschaften hingewiesen, die von Krankenkassen und ihren Verbänden, „insbesondere" - aber nicht nur - in Zusammenarbeit[117] mit Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern sowie mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst „zur **Förderung der Gesundheit, Prävention**, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation" gebildet werden können. Diese Vorschrift ist durch das Beitragsentlastungsgesetz sowie das 1. und 2. GKV-NOG unberührt geblieben; das in dieser Regelung zum Ausdruck kommende Anliegen des Gesetzgebers besteht also unvermindert fort.

4.28 § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V - Vorschläge für weitere Behandlung

Für Maßnahmen der **tertiären Prävention** im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen kann schließlich auch **§ 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V** Bedeutung erlangen; denn danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung „Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der **weiteren Behandlung** mit Angabe geeigneter Einrichtungen" machen.

---

[116] vgl. dazu im Einzelnen oben
[117] vgl. §§ 86, 94 SGB X

Daraus - auf der Grundlage dieser Informationen - können die Krankenkassen Feststellungen zur Sinnhaftigkeit auch weiterer **Maßnahmen der tertiären Prävention** treffen, die dann wiederum sehr spezifisch und deswegen wohl besonders wirksam ausgerichtet sein könnten.

5. Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) Gesetzliche Rentenversicherung

5.1 Allgemeines

Aufgabe und Ziel der (gesetzlichen) Rentenversicherung ist **nicht nur** die Zahlung von **Renten** wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit und Todes[1]; vielmehr ist auch im Rentenversicherungsrecht Aufgabe und Ziel die **Prävention** im Sinne einer **Schadensverhütung**; dem trägt die Rentenversicherung durch die „Leistungen zur Teilhabe, die früheren Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation“[2] Rechnung[3]. Mit den dabei möglichen Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** und zur **Teilhabe am Arbeitsleben** soll in erster Linie verhindert werden, dass die Rentenversicherung Geldleistungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu erbringen hat.

Eher als Ausnahme sind im Rahmen der „sonstigen Leistungen“[4] die Leistungen zu sehen, die nicht nur für Versicherte oder Rentenbezieher, sondern **auch für** ihre **Angehörigen** erbracht werden können (Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen für Angehörige allgemein[5] sowie stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten oder bestimmten Rentenbeziehern oder für Bezieher einer Waisenrente[6]).

5.2 § 9 SGB VI – Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

In dieser Aufgabenzuweisungsnorm wird – in Abs. 1 – die **Zielsetzung** der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation einschließlich der „ergänzenden Leistungen“ dargelegt; Zielgruppe dieser Norm sind die **Personen**, die krank oder behindert sind und bei denen sich bereits Auswirkungen der Krankheit oder Behinderung zeigen[7]; weiterhin geht es darum, dass wegen dieser Auswirkungen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder

---

[1] vgl. §§ 35 ff., 43 ff., 46 ff. SGB VI
[2] §§ 9 – 32 SGB VI
[3] Ruland, in: Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, 1990, Kap. 19 Rdnr. 8
[4] § 31 SGB VI
[5] § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI
[6] § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI
[7] vgl. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI

ein vorzeitiges **Ausscheiden aus dem Berufsleben droht**[8] oder dass bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden worden ist und es darum geht, die Personen – möglichst dauerhaft – in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern[9].

Diese Vorschrift ist final konstruiert[10].

Ihre rechtliche Bedeutung liegt darin, dass damit ein **Anspruch** eingeräumt ist, allerdings lediglich **„dem Grunde nach“**, also hinsichtlich der Frage, ob überhaupt eine Reha-Leistung erbracht werden muss (sog. Eingangsprüfung)[11]; demnach ist ein sog. Entschließungsermessen[12] nicht gegeben.

Hingegen haben die Leistungsträger hinsichtlich des Umfangs der Leistung ein **„Auswahl-Ermessen“**, wie sich im Einzelnen aus § 13 SGB VI ergibt.

Diesem Ergebnis **widerspricht** auch **nicht § 9 Abs. 2 SGB VI**, dessen Wortlaut nicht dahingehend verstanden werden soll, dass die Rentenversicherungsträger im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe auch ein Entschließungsermessen haben[13].

§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI enthält den traditionellen Grundsatz von **„Rehabilitation vor Rente“**. Danach soll die Rentenversicherung ihre Leistungen zur Teilhabe so gestalten, dass **Rentenleistungen** (wegen gesundheitlicher oder behinderungsbedingter Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten) **verhindert oder** erst zu einem späteren Zeitpunkt – also **verzögert** – erbracht werden müssen.

Aus diesem Grundsatz folgt, dass Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erst dann bewilligt werden sollen, wenn zuvor Leistungen zur Teilhabe erbracht wurden oder wenn ein Erfolg solcher Leistungen nicht zu erwarten ist[14].

Für den Versicherten bedeutet dieser Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen“ lediglich eine **Obliegenheit**; die daraus folgende **Pflicht**, der Reha-

---

[8] § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 1.Alternative SGB VI
[9] § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 2.Alternative SGB VI
[10] vgl. KassKomm-Niesel, § 9 SGB VI RdNr. 4
[11] BSG SozR 3-2600 § 10 Nr. 2 S. 3 mit weiteren Nachweisen
[12] so die im Verwaltungsrecht gebräuchliche Bezeichnung für diese Erscheinung
[13] vgl. für alle KassKomm-Niesel, § 9 SGB VI RdNr. 9
[14] Begründung des Fraktionsentwurfs-Rentenreformgesetz, S. 153

bilitation zuzustimmen, besteht nur dann, wenn zumindest **wahrscheinlich** ist, dass die **Reha-Leistung dauerhaften Erfolg** hat[15]. Eine Verpflichtung zur Rehabilitation soll nicht bestehen; Versicherte sollen nicht erst zu Rentnern gemacht werden, um ihnen bei Erfolg der Rehabilitationsleistung die Rente wieder zu entziehen[16].

§ 8 SGB IX enthält nur einen Programmsatz, der nicht dazu berechtigt, eine Rente zu versagen, wenn deren Voraussetzungen vorliegen und der Versicherte sich weigert, sich einer Reha-Leistung zu unterziehen; das folgt aus **§ 31 SGB I**[17].

5.3 § 10 SGB VI – Persönliche Voraussetzungen

Das Rentenversicherungsrecht unterscheidet hinsichtlich der Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe zwischen **persönlichen** Voraussetzungen[18] und **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen**[19].

In **§ 10 Abs. 1 SGB VI** werden die allgemein geltenden persönlichen Voraussetzungen geregelt; das **präventive Anliegen** der Leistungen zur Teilhabe wird deutlich dadurch, dass eine der alternativen Voraussetzungen die **erhebliche Gefährdung** der **Erwerbsfähigkeit** (wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung) ist[20].

In **§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI** fordert der Gesetzgeber der Sache nach, dass die **Leistungen** zur Teilhabe **„voraussichtlich“**, also aller Wahrscheinlichkeit nach, auch **geeignet** sind. Auch darin wird das **präventive Anliegen** dieser Regelung sichtbar dadurch, dass „bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der **Erwerbsfähigkeit ... abgewendet** werden kann“, dass „bei geminderter Erwerbsfähigkeit“ durch Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation eine „wesentliche **Verschlechterung** (der bereits geminderten Erwerbsfähigkeit) **abgewendet** werden kann“[21]; schließlich kommt als dritte – alternative – Voraussetzung hinsichtlich der Person, die bereits teilweise erwerbsgemindert ist in Betracht, dass (u.a.) „der Arbeitsplatz durch Leistungen zur **Teilhabe am**

---

[15] BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 8 S. 23
[16] BSGE 21, S. 260, 261 = SozR Nr. 2 zu § 1242 RVO
[17] KassKomm-Niesel, § 9 SGB VI RdNr. 7
[18] geregelt in § 10 SGB VI
[19] § 11 SGB VI
[20] § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI
[21] § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b) SGB VI

Arbeitsleben erhalten werden kann“[22]; damit soll offensichtlich die **Gefahr** eines Ausscheidens aus dem Arbeitleben **abgewendet** werden.

In **§ 10 Abs. 2 SGB VI** werden Leistungen zur Teilhabe für im **Bergbau** Tätige geregelt; auch dabei ist Ziel der Leistungen nicht nur die Restitution, also die Besserung oder Wiederherstellung der (geminderten) Berufsfähigkeit[23]; vielmehr ist eine – alternative – Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe auch, dass „der Eintritt von im Bergbau **verminderter Berufsfähigkeit droht“**; die Maßnahmen müssen auch in diesem Fall geeignet sein, um den Eintritt der drohenden verminderten Berufsfähigkeit abwenden zu können[24].

5.4 § 11 SGB VI – Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Mit dieser Bestimmung wird grundsätzlich festgelegt, unter welchen Voraussetzungen berufsfördernde und medizinische Rehabilitationsleistungen erbracht werden können. Grundsätzlich gilt, dass eine Wartezeit von 15 Jahren erfüllt sein muss oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird[25]. Diese Regelung hat vor allem für **berufsfördernde Rehabilitationsleistungen** Bedeutung; denn **§ 11 Abs. 2 SGB VI** stellt für medizinische Rehabilitation **geringere Anforderungen**.

Sind die Voraussetzungen des **§ 11 Abs. 1 SGB VI** nicht erfüllt, dann ist für berufsfördernde Rehabilitationsleistung in der Regel die Bundesanstalt für Arbeit zuständig[26], es sei denn, dass die Voraussetzungen des § 12 Abs. 2a SGB VI erfüllt sind[27].

Aus den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen lässt sich für das **Präventions-Anliegen** des Rentenversicherungsrechts entnehmen, dass der Gesetzgeber bestimmte Vorstellungen davon hat, wann – unter generalisierender Betrachtungsweise – Leistungen auf medizinische und berufliche Rehabilitation in Frage kommen. Mittelbar wird auch mit diesen Regelungen das präventive Anliegen dieses Rechtsbereichs geregelt und begrenzt.

---

[22] § 10 Abs.1 Nr. 2 c), 2.Alternative SGB VI
[23] § 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI
[24] § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI
[25] § 11 Abs. 1 SGB VI
[26] vgl. im Einzelnen §§ 97 ff. SGB III
[27] zur vorrangigen Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung und der Versorgungsverwaltung vgl. § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI

Wie bereits erwähnt, sind in **§ 11 Abs. 2 SGB VI** für Leistungen der medizinischen Rehabilitation **erleichterte Voraussetzungen** (wenn man § 11 Abs. 1 SGB VI zum Vergleich heranzieht) normiert; eine der drei in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen muss erfüllt sein, um einen Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen.

Bemerkt sei in diesem Zusammenhang im Übrigen auch, dass diese Begünstigung nur für Versicherte, nicht jedoch für die in § 11 Abs. 3 SGB VI genannten Personen gilt.

§ 11 Abs. 2a SGB VI regelt erleichterte Voraussetzungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Deutlich ist der **präventive Gehalt** dieser Regelung insoweit, als diese Leistungen – u.a. – zur Abwendung einer Rente erbracht werden. Nach den Auslegungsgrundsätzen der Rentenversicherungsträger[28] ist die Voraussetzung des **§ 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI** dann erfüllt, wenn eine **Berentung** „unmittelbar **droht**".

In **§ 11 Abs. 3 SGB VI** wird bestimmt, dass – abweichend von § 11 Abs. 1 SGB VI – überlebende Ehegatten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen auch erfüllen, wenn sie Anspruch auf die große Witwen- oder Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben[29].

Es besteht nicht nur ein Anspruch auf **medizinische**, sondern auch auf **berufsfördernde Rehabilitationsleistungen**, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die große Witwen- oder Witwerrente auch beansprucht werden kann[30].

Damit wird diese Personengruppe so behandelt, als ob sie Versicherte i.S. der §§ 9 ff. SGB VI wären; zugleich kommen damit diesen Personen **auch** die **Rehabilitationsleistungen mit präventivem Charakter**[31] zugute.

---

[28] vgl. Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Oberfranken, 1995, S. 264 = DRV 1996, S. 109
[29] nach § 46 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 oder an den vorletzten Ehegatten nach § 46 Abs. 3 SGB VI
[30] das ist der Fall, wenn die in § 46 SGB VI genannten Voraussetzungen erfüllt sind
[31] der §§ 9 ff. SGB VI

5.5 § 12 SGB VI – Ausschluss von Leistungen

Diese Vorschrift regelt die gleichsam **negativen Anspruchsvoraussetzungen**, denen zufolge die Leistungen zur Teilhabe eines Rentenversicherungsträgers ausgeschlossen sind; generell wird das in Abs. 1 festgelegt.

§ 12 Abs. 2 SGB VI enthält Sonderregelungen im Hinblick auf die Wiederholung von medizinischen Rehabilitationsleistungen; grundsätzlich werden diese nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Rehabilitationsleistungen erbracht[32]. Es bedeutet, dass innerhalb dieses Vier-Jahres-Zeitraumes weitere Leistungen ausgeschlossen sind, wenn solche oder ähnliche Rehabilitationsleistungen von anderen Trägern erbracht wurden. Damit soll eine **wechselseitige Inanspruchnahme** verschiedener Träger **vermieden** werden[33]. Letztlich werden damit in gewisser Weise auch **Überschneidungen** und u.U. **Doppelleistungen vermieden**; nach der amtlichen Begründung[34] soll dadurch dem gestiegenen Qualitätsstandard in der Rehabilitationsmedizin Rechnung getragen werden; diese habe dazu geführt, dass nach der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen weitere Leistungen heute nur noch in wenigen Fällen vor Ablauf von vier Jahren erforderlich seien.

Der Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine **Absprache** im Hinblick auf die Leistungen getroffen, die gegenseitig angerechnet werden[35]: ambulante Rehabilitationskuren nach dem SGB V; stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach dem SGB V; Müttergenesungskuren nach dem SGB V; Gesundheitsmaßnahmen nach § 31 SGB VI und § 7 ALG; stationäre Heilbehandlungen in Kur- und Spezialeinrichtungen nach dem SGB VII; Rehabilitationsleistungen nach dem BVG; Kurmaßnahmen nach dem BSHG und dem BVG; stationäre Leistungen nach dem BSHG, wenn sie nach Ziel und Inhalt stationären Rehabilitationsleistungen entsprechen.

Nicht gegenseitig angerechnet werden **Vorsorgekuren** und Rehabilitationsleistungen, wenn sie von ihrer Qualität und Zielsetzung her völlig verschiedene Leistungen sind.

---

[32] § 12 Abs. 2 Satz 1 SGB VI
[33] KassKomm-Niesel, § 12 SGB VI RdNr. 19
[34] vgl. BT-Drucks. 13/4610 S. 21 zu Nr. 4
[35] vgl. die Zusammenstellung von Tiedt u.a., DRV 1990, S. 313, 330

Mit dieser Absprache wird somit eine **Abgrenzung** – auch im **Bereich präventiv wirksamer Leistungen** – zwischen Rentenversicherungsträgern und übrigen Leistungsträgern vorgenommen; sie kann zugleich wohl auch verwendet werden für konkrete Fragen der **Zusammenarbeit** bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe.

§ 12 Abs. 2 Satz 2 SGB VI regelt eine Ausnahme im Hinblick auf die Möglichkeit, medizinische **Rehabilitationsleistungen „vorzeitig“** zu erbringen. Voraussetzung ist ein höherer Grad der Gefahr für die Erwerbsfähigkeit; diese muss **„erheblich gefährdet“**[36] sein. Gleiches gilt, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit[37] **unmittelbar bevor steht** und abgewendet, hinausgeschoben oder behoben werden kann[38].

5.6 § 13 SGB VI – Leistungsumfang

Mit dieser Regelung wird der **Leistungsumfang** für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen festgelegt; in Abs. 1 werden die Ermessenserwägungen, die vom Rentenversicherungsträger anzustellen sind, konkretisiert; die Abs. 2 – 4 regeln Ausschlusstatbestände, bei deren Vorliegen nicht der Rentenversicherungsträger Leistungen erbringt.

Die **Ermessenserwägungen** nach **§ 13 Abs. 1 SGB VI** beziehen sich auch auf die Leistungen mit **präventivem Gehalt**; die Beachtung beispielsweise des Grundsatzes der **Wirtschaftlichkeit** im Einzelfall und im Hinblick auf eine präventive Maßnahme dürfte **schwierig** sein und setzt sichere Kenntnisse der tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Rehabilitation voraus. **§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI** verdeutlicht dies dadurch, dass **wissenschaftlich** nicht anerkannte **Methoden** ausgeschlossen sind; **Modellvorhaben** werden hierdurch nicht ausgeschlossen[39].

---

[36] in § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI
[37] i.S.d. § 43 oder § 240 SGB VI
[38] vgl. KassKomm-Niesel, § 12 SGB VI RdNr. 21
[39] vgl. Fraktionsentwurf-RRG S. 155

5.7 § 15 SGB VI – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Diese Regelung verweist im Wesentlichen auf die Vorschriften des **SGB IX** und damit auf die dortigen Regelungen mit **präventivem Gehalt**[40].

5.8 §16 SGB VI – Teilhabe am Arbeitsleben

Auch insoweit verweist das Rentenversicherungsrecht neuerdings auf das SGB IX[41].

5.9 Soziale Rehabilitation

„Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft" entsprechend den Regelungen in **§§ 55 – 59 SGB IX** werden durch die Rentenversicherungsträger traditionell und auch nach der geltenden Rechtslage nicht erbracht.

5.10 § 28 SGB VI – Ergänzende Leistungen

Hinsichtlich der ergänzenden Leistungen verweist das SGB VI ebenfalls auf das **SGB IX**; diese Verweisung zielt zunächst auf **§ 44 Abs. 1 Nr. 2 – 6 und Abs. 2 SGB IX** ab[42].

Weiterhin wird u.a. auf **§ 54 SGB IX** verwiesen, der im Rahmen der Haushalts- und Betriebshilfe sowie hinsichtlich der Kinderbetreuungskosten ebenfalls **präventive Gehalte** aufweist[43].

5.11 § 31 SGB IV – Sonstige Leistungen

Mit dieser Regelung werden die Leistungen zusammengefasst, die bereits im **RVO-Recht** innerhalb der berufsfördernden Leistungen als **„sonstige Hilfen"**, bei den ergänzenden

---

[40] vgl. hierzu die Anmerkungen in B. II. 11.
[41] vgl. dazu näher B. II. 11.
[42] vgl. hierzu die Ausführungen in B. II. 11.

Leistungen zur Rehabilitation als „sonstige Leistungen“ oder als „zusätzliche Leistungen“ aus der Versicherung erbracht werden konnten. Bei **§ 31 SGB VI** handelt es sich um eine **Generalklausel**; danach werden die Rentenversicherungsträger ermächtigt, neben den in § 15 und 16 SGB VI vorgesehenen Leistungen **weitere Leistungen** zu erbringen. Ziel dieser Regelung ist es zu verhindern, dass langjährige und kostspielige **Rehabilitationsleistungen** nur deshalb ohne **Nutzen** oder **Erfolg** bleiben, weil sonst noch erforderliche Leistungen schleppend, nicht im notwendigen Umfang oder gar nicht gewährt werden[44].

Die Betrachtung des in **§ 31 Abs. 1 SGB VI** aufgeführten Leistungskataloges im Einzelnen zeigt, in welchem Maße damit **auch** das **präventive Anliegen** der rentenversicherungsrechtlichen Leistungen verfolgt wird.

§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI regelt Sachverhalte, in denen eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausgeübt wird, wobei die **Gesundheitsgefahr** zugleich eine **Gefahr für** die **Erwerbsfähigkeit** ist; diese soll gesichert werden – mit anderen Worten: Die diesbezüglichen sonstigen Leistungen sollen den **Verlust** der Erwerbsfähigkeit (und damit den Bezug von Renten) **verhindern**.

§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI nennt als „sonstige Leistungen“ Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen. Derartige Leistungen sollen nicht mehr getrennt als medizinische oder zusätzliche Leistungen, sondern einheitlich nach dieser Vorschrift erbracht werden[45]; gleichwohl ist es möglich, beim Vorliegen der persönlichen und der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Nachbehandlungen wegen Geschwulsterkrankungen im Rahmen medizinischer Leistungen nach § 15 SGB VI zu erbringen[46].

Mit diesen Leistungen, die sowohl Versicherten und Beziehern einer Rente sowie deren Angehörigen zugute kommen, sollen **Verschlimmerungen verhütet** werden **(tertiäre Prävention)**.

Nach **§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI** geht es darum, dass für die dort Genannten (Kinder von Versicherten, Bezieher einer Rente wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit; Bezieher einer Waisenrente) Leistungen erbracht werden in den Fällen, in denen eine **„er-**

---

[43] vgl. B. II. 11.
[44] vgl. zum RVO-Recht BT-Drucks. 7/1237, S. 62
[45] Fraktionsentwurf-RRG, S. 160

hebliche Gefährdung der Gesundheit **beseitigt**" werden kann; hiermit wird eine (im klassischen Sinne) **primär-präventive** Maßnahme ermöglicht, wobei eine **qualifizierte Gefahrenlage** Voraussetzung ist.

§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI ermöglicht Zuwendungen für Einrichtungen; diese **institutionelle Förderung** soll nach der Begründung des Fraktionsentwurfs zum Rentenreformgesetz[47] insbesondere die Möglichkeit eröffnen, die **Forschungsaktivitäten** auf dem Gebiet der Rehabilitation zu verstärken, Forschungsergebnisse gezielt auszuwerten und die sich aus der Auswertung ergebenden Schlussfolgerungen in die Praxis umzusetzen.

5.12 § 110 SGB VI – Grundsatz (für Leistungen an Berechtigte im Ausland)

Halten sich Berechtigte nur **vorübergehend**[48] im **Ausland** auf, so erhalten sie auch für diese Zeit die Leistungen zur Teilhabe **wie** Berechtigte, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im **Inland** haben - **§ 110 Abs. 1 SGB VI**.

Für Berechtigte mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland besagt **§ 110 Abs. 2 SGB VI**, dass diese Personen ebenfalls diese Leistungen erhalten, soweit nicht die nachfolgenden Bestimmungen (in §§ 111 und 112) oder aber auch über- oder zwischenstaatliches Recht etwas anderes bestimmt.

Diese Regelungen gelten **auch** für die Leistungen mit **präventivem Gehalt**.

Mit diesen Regelungen wird dem **§ 18 SGB IX (Leistungsort)** entsprochen, wonach Sachleistungen auch im **Ausland** erbracht werden können, allerdings nur dann, wenn bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit die Leistungen dort **wirtschaftlicher** ausgeführt werden können[49].

Mit dieser (neuen) Regelung in § 18 SGB IX ist die Bestimmung des Rentenversicherungsrechts **entfallen**, wonach Leistungen zur Rehabilitation grundsätzlich nur im Inland erbracht werden dürfen **(§ 14 SGB VI a.F. – Ort der Leistungen)**.

---

[46] vgl. Tiedt u.a., DRV 1990, S. 313, 352
[47] vgl. Fraktionsentwurf-RRG, S. 160
[48] dieser Begriff ist im Gesetz nicht definiert und kann nur als Gegensatz zum gewöhnlichen Aufenthalt, vgl. § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I verstanden werden
[49] vgl. dazu die Ausführungen in B. II. 11.

Vorrang vor den gesetzlichen Regelungen haben die Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts **(§ 110 Abs. 3 SGB VI)**.

Soweit ersichtlich liegt eine systematische Untersuchung zur Frage, inwieweit in diesen Regelungen **Leistungen mit präventivem Gehalt** festgelegt worden sind, nicht vor. Möglicherweise liegt diesem Bereich die Einschätzung zugrunde, dass die Prävention den Bereich der **sozialen Sicherheit** überschreitet und die Verbindung zu anderen Politik- und Aufgabenbereichen herstellt, beispielsweise zur **Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik**, wozu – aus dieser Sicht – auch das gesamte Arbeitsschutzrecht sowie die allgemeine Gesundheitspolitik gezählt wird[50].

Beispielsweise gibt auch **Art. 4** der **Verordnung (EWG) Nr. 1408/71**[51] keinen Hinweis darauf, dass im Rahmen dieser Verordnung allgemeine Prävention bewirkt werden soll.

5.13 § 111 SGB VI – Rehabilitationsleistungen und Krankenversicherungszuschuss

§ 111 Abs. 1 SGB VI verschärft die Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen; eine Ausnahme dafür wird nur in den Fällen den § 319 SGB VI (Zusatzleistungen) gemacht für Berechtigte, die am **31.12.1991** auf den **Zuschuss zur Krankenversicherung** und den **Kinderzuschuss** bei einem gewöhnlichen Aufenthalt einen Anspruch hatten.

Gem. **§ 111 Abs. 2 SGB VI** erhalten Berechtigte (Deutsche und Ausländer) mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland keinen Zuschuss zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung, es sei denn, dass dies in über- oder zwischenstaatlichen Regelungen vorgesehen ist. Dieser Ausschluss des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung im Sinn des **§ 106 SGB VI** beruht darauf, dass sich die Verpflichtung zur Gewährung öffentlicher Krankenfürsorge auf Personen beschränkt, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt auf dem Territorium des jeweiligen Staates haben; Entsprechendes gilt für den Zuschuss zur Pflegeversicherung nach **§ 106a SGB VI**. Auch insoweit gilt **§ 319 Abs. 1 SGB VI**, falls ein entsprechender Anspruch bereits am 31.12.1991 bestand.

---

[50] vgl. Schuler, Das internationale Sozialrecht der Bundesrepublik Deutschland, 1988, S. 116, 117

5.14 § 115 SGB VI – Beginn (des Verfahrens)

Seit dem Inkrafttreten des SGB IX beginnt das Verwaltungsverfahren im Hinblick auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben entweder auf **Antrag (Abs. 1)** oder – das ist neu – **von Amts wegen**, wenn die Versicherten zustimmen; die Zustimmung gilt als Antrag (Abs. 4).

An die Voraussetzungen eines Antrages sind keine bestimmten **Anforderungen** zu stellen; der Versicherte muss lediglich den **Wunsch** erkennen lassen, der Versicherungsträger solle eine **Rehabilitationsleistung** durchführen. Nach der Rechtsprechung reicht es aus, wenn der Wille zum Ausdruck gebracht worden ist, beispielsweise ein auf Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zielendes Verwaltungsverfahren erst einmal („dem Grunde nach“) in Gang zu setzen[52]. Auch wenn im **Antrag** z.B. nur eine **Teilleistung** genannt wird, bedeutet dies nicht, dass nur diese durchzuführen sei; vielmehr wird auch ein solcher Antrag dahingehend verstanden, dass **alle Maßnahmen**, die erforderlich sind, um das **Rehabilitationsziel** zu erreichen, umfasst sind; unter Umständen muss allerdings der ursprüngliche Antrag konkretisiert werden, z.B. wenn eine andere Maßnahme eingeleitet werden soll[53].

Mit diesen geringen verfahrensrechtlichen Anforderungen werden **auch** die **Rehabilitationsleistungen mit präventiver Zielsetzung** insoweit begünstig, als Verfahrenshindernisse möglichst abgebaut werden; in gleiche Richtung zielen auch **§ 16 Abs. 3 SGB I** sowie – letztlich auch - **§ 17 SGB I**.

Vor allem fördert auch die in **§ 115 Abs. 6 SGB VI** normierte **Hinweispflicht** eine umfassende und vollständige Rehabilitation, auch im Hinblick auf **präventiv intendierte Leistungen**; mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber die allgemeine Aufklärungs- und Beratungspflicht zu einer konkreten **Informationspflicht** ausgebaut[54].

Diese **Pflicht** bedeutet insbesondere, dass der **Rentenversicherungsträger** den Versicherten bei konkretem Anlass während eines laufenden Verwaltungsverfahrens auf **nahe-**

---

[51] über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (v. 14.Juni 1971 mit zahlreichen Änderungen)
[52] BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr. 3, S. 10; SozR 3-2200 § 1237 Nr. 4, S. 17
[53] BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr. 4, S. 18
[54] vgl. KassKomm-Niesel, § 115 SGB VI RdNr. 23 mit Hinweis auf den Ausschussbericht zum RRG

liegende Gestaltungsmöglichkeiten hinweisen muss, die jeder verständige Versicherte mutmaßlich genutzt hätte.

Eine Hinweispflicht besteht u.U. **auch für andere Behörden**; beispielsweise ist das **Arbeitsamt** im Rahmen beruflicher Rehabilitation verpflichtet, den Antrag auf medizinische Rehabilitation anzuregen, sobald Anhaltspunkte vorhanden sind, dass auch diese Möglichkeit zur Eingliederung in das Erwerbsleben geprüft wird[55].

Die Bedeutung dieser verfahrensrechtlichen Hinweispflicht für die **Effektivität** auch **präventiver Rehabilitationsmaßnahmen** dürfte auf der Hand liegen.

5.15 § 148 SGB VI – Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung beim Rentenversicherungsträger

Grundsätzlich ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten oder aus Dateien gesetzlich untersagt; eine Ausnahme besteht nur insofern, als eine ausdrückliche Erlaubnis vorliegt. **§ 148 Abs. 1 SGB VI** schafft einen derartigen **Erlaubnisvorbehalt** unter den dort genannten Voraussetzungen; insbesondere muss das Gebot der Erforderlichkeit erfüllt sein[56].

§ 148 Abs. 1 Satz 2 SGB VI beschreibt „aus Gründen der Transparenz“[57] die Aufgaben, die von den Rentenversicherungsträgern nach dem SGB VI zu erfüllen sind und zählt sie abschließend auf; dazu zählen auch die „Festsetzung und Durchführung von **Leistungen zur Teilhabe**“.

Für **medizinische Daten** gelten besondere Schutzvorschriften – vgl. § 148 Abs. 2 SGB VI.

Diese Regelungen sind beispielsweise auch bei **Forschungsvorhaben** der Rentenversicherungsträger mit dem Ziel, den Bereich **präventiv wirkender Leistungen** zu optimieren, zu beachten.

---

[55] BSG SozR 3-1200 § 14 Nr. 9
[56] § 148 Abs. 1 Satz 1 SGB VI
[57] vgl. Gesetzesbegründung im Ausschussbericht-RRG, S. 49

6. Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Gesetzliche Unfallversicherung

6.1 § 1 SGB VII - Prävention, Rehabilitation, Entschädigung

Normzeck ist die *programmatische* Aufzählung der Ziele und Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Eine allgemeine Beschreibung der präventiven Leistungen der Unfallversicherung enthält bereits **§ 22 Abs. 1 Nr. 1 SGB I**.

An der Spitze der Ziele und Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung steht die „Prävention". Die Prävention wird in **§ 1 Nr. 1 SGB VII** dahingehend konkretisiert, dass es Aufgabe der Unfallversicherung ist, „mit allen geeigneten Mitteln **Arbeitsunfälle** und **Berufskrankheiten** sowie arbeitsbedingte **Gesundheitsgefahren** zu **verhüten**". Die Verhütung erfasst vor Eintritt eines Arbeitsunfalls oder einer manifesten Erkrankung alle Versicherten an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz und in ihrem jeweiligen gesundheitlichen Zustand ohne Rücksicht darauf, ob es sich lediglich um eine abstrakte Gefährdung oder bereits um eine konkrete Unfallgefahr bzw. das Vorstadium einer Krankheit handelt.

Die Aufgabe der Unfallversicherung nach **§ 1 Nr. 2 SGB VII**, „nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen" beinhaltet in Verbindung mit den späteren Leistungsvorschriften unter anderem auch die Verpflichtung, nach Eintritt eines Versicherungsfalles einer **Verschlimmerung** des verursachten Gesundheitsschadens **entgegenzuwirken (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII)**. Arbeitsbedingte Erkrankungen, die keine Arbeitsunfälle oder anerkannte Berufskrankheiten sind, werden von der Unfallversicherung weder rehabilitiert noch entschädigt; für die Rehabilitation und Entschädigung dieser arbeitsbedingten Erkrankungen zuständig sind die Krankenversicherung bzw. die Rentenversicherung.

§ 1 SGB VII begründet für die Unfallversicherungsträger die Verpflichtung zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben, stellt jedoch **keine** Regelung für **subjektiv-öffentliche Rechte** von Versicherten dar.[1]

6.2 § 9 SGB VII - Berufskrankheit

Die Bundesregierung hat nach **§ 9 Abs. 6 Nr. 1 SGB VII** durch Rechtsverordnung unter anderem „Voraussetzungen, Art und Umfang von Leistungen zur Verhütung des Entstehens, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens von Berufskrankheiten“ zu regeln. Diese Regelungen sind in der **Berufskrankheitenverordnung (BKV)** enthalten.[2] Besteht für Versicherte die **konkrete und individuelle Gefahr**, dass eine Berufskrankheit[3] mit Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BKV). In Betracht kommen insbesondere betriebstechnische und organisatorische **Maßnahmen** sowie persönliche Schutzmaßnahmen. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende **Tätigkeit unterlassen** (§ 3 Abs. 1 Satz 2 BKV). Versicherten, die die gefährdende Tätigkeit unterlassen, weil die Gefahr fortbesteht, haben zum Ausgleich hierdurch verursachter Minderungen des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile gegen den Unfallversicherungsträger für einen bestimmten Zeitraum Anspruch auf finanzielle Übergangleistungen (§ 3 Abs. 2 BKV).

Die Vorschrift des **§ 9 Abs. 8 SGB VII** berechtigt und verpflichtet die Unfallversicherungsträger zur Mitwirkung bei der **Gewinnung neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse** insbesondere zur **Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts**. Die Unfallversicherungsträger sollen durch eigene Forschung oder durch Beteiligung an fremden Forschungsvorhaben dazu beitragen, den Ursachenzusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeiten in einer bestimmten Personengruppe und gesundheitlichen Einwirkungen im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit aufzuklären. Dies entspricht einer seit langem bestehenden Praxis.

---

[1]) Kater/Leube, Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII, § 1 RdNr. 3.
[2]) Berufskrankheitenverordnung (BKV) v. 31.10.1997, BGBl. I 2633.
[3]) Zum Begriff Berufskrankheit s. § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII.

Die Vorschrift des **§ 9 Abs. 9 SGB VII** ergänzt die den Datenschutz betreffenden Vorschriften der §§ 199 bis 208 SGB VII und schafft die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten über die ärztlich untersuchten Versicherten durch die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen (z.B. **Gewerbeärzte**); diese dürfen die Daten insbesondere an den zuständigen **Unfallversicherungsträger** übermitteln. Nach § 9 Abs. 9 Satz 2 SGB VII dürfen die erhobenen Daten von den genannten Stellen entsprechend ihrer Aufgabenstellung **auch für Zwecke der Prävention** zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren verarbeitet oder genutzt werden.

Eine entsprechende Vorschrift für die Unfallversicherungsträger enthalten § 199 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 2 SGB VII.

6.3 § 14 SGB VII - Grundsatz (Prävention)

Die Vorschrift steht im Zweiten Kapitel - Prävention (§§ 14 bis 25 SGB VII) am Anfang. Die Prävention bildet neben dem Kreis der versicherten Personen und dem Versicherungsfall (Erstes Kapitel) und neben den Leistungen (Drittes Kapitel) einen **eigenen Regelungsbereich**, was für die gesetzliche Unfallversicherung bereits von der Gesetzessystematik her die herausragende Bedeutung der Prävention als **Gegenstand der sozialen Sicherheit** unterstreicht.

§ 14 SGB VII enthält eine Generalklausel für die Präventionsaufgaben der Unfallversicherungsträger. Er begründet wie § 1 SGB VII kein subjektiv-öffentliches Recht der Versicherten auf bestimmte Einzelmaßnahmen und ist kein Schutzgesetz im Sinne der Schadensersatzvorschrift des § 823 BGB.[4]

Ergänzende Regelungen zur Prävention als autonomes Recht sind in den **Satzungen** der Unfallversicherungsträger (§ 34 SGB IV) nicht enthalten. Die Satzungen der einzelnen Unfallversicherungsträger wiederholen - der Muster-Satzung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger folgend - lediglich die einschlägigen Vorschriften des SGB VII.

---

[4]) KassKomm-Ricke § 14 SGB VII RdNr. 2.

Die Unfallversicherungsträger haben nach **§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB VII** „mit allen geeigneten Mitteln für die **Verhütung** von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen". „Sorge" für die Verhütung und die Erste Hilfe bedeutet nicht, dass die Unfallversicherungsträger selbst die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen in den Unternehmen zu treffen haben; sie haben nur sicherzustellen, dass der verantwortliche Unternehmer (§ 21 Abs. 1 SGB VII) die Sicherheitsmaßnahmen veranlasst.

Erste Hilfe dient nicht der Verhütung des Eintritts eines Gesundheitsschadens, sondern der Heilbehandlung nach Eintritt einer Verletzung oder Erkrankung. Der **präventive Charakter** der Ersten Hilfe besteht darin, dass der **Verschlimmerung** eines Gesundheitsschadens **vorgebeugt** werden soll.

Der **„Arbeitsunfall"** ist definiert als ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem **Gesundheitsschaden** führt (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII).

„Berufskrankheiten" sind Krankheiten, die nach Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Maße als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind und die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung als Berufskrankheiten bezeichnet (Listenprinzip). Sie sind ein Unterfall der arbeitsbedingten Erkrankungen.

Der Begriff **„arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren"** ist ein Oberbegriff, der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten einschließt. Im Rahmen des § 14 Abs. 1 SGB VII **erweitert** er die **Präventionsaufgaben** der Unfallversicherungsträger um die Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen, die keine Arbeitsunfälle oder anerkannten Berufskrankheiten sind (z.B. Fehlhaltungen, Stress).

Die Unfallversicherungsträger sollen nach **§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB VII** im Rahmen der Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren auch den **Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit** nachgehen. Die Erforschung der Ursachen ist ein Teil der Verhütung und wird nur wegen ihrer eigenständigen Bedeutung besonders hervorgehoben. Nachzugehen ist nicht nur schädigenden Ursachen im **Einzelfall**. Angesprochen ist mehr noch die **Grundlagenforschung** (z.B. durch Förderung und Vergabe von Forschungsaufträgen).

Nach **§ 14 Abs. 2 SGB VII** sind die Unfallversicherungsträger verpflichtet, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Krankenkassen **zusammenzuarbeiten**. Die Vorschrift korrespondiert mit § 20 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V über die Pflicht der Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Zweck beider Vorschriften ist es, die **Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren** - losgelöst von der unterschiedlichen sachlichen Zuständigkeit aufgrund des gegliederten Systems der deutschen Sozialversicherung - zu **verstärken** und **effektiver** zu gestalten (Informationen, gemeinsame Forschungsprojekte). Eine gleichartige besondere gesetzliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit den Rentenversicherungsträgern besteht nicht.

Die Vorschrift **konkretisiert** für die Krankenversicherung und die Unfallversicherung die allgemeine Pflicht der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch Sozialgesetzbuch, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten **(§ 86 SGB X)**.

Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung gehen von unterschiedlichen Betrachtungsweisen aus. Der **betriebliche Arbeitsschutz** beruht auf einem **pathogenetischen Grundverständnis** und betont - belastungsorientiert - die Schutzperspektive. Die **betriebliche Gesundheitsförderung** beruht auf einem **salutogenetischen Grundverständnis** und betont - ressourcenorientiert - die Entwicklungsperspektive.[5]

Krankenkassen und Unfallversicherungsträger haben die Zusammenarbeit durch eine Rahmenvereinbarung geregelt.[6]

Als Teile der mittelbaren Staatsverwaltung unterliegen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger der allgemeinen **Rechtsaufsicht**. Auf den Gebieten der Prävention erstreckt sich die Aufsicht über die Unfallversicherungsträger nach **§ 87 Abs. 2 SGB IV** auch auf den Umfang und die **Zweckmäßigkeit der Maßnahmen**. Mit dieser sogenannten Zweckmäßigkeitsaufsicht, die in der Regel durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgeübt wird (§ 90 Abs. 1 Satz 1 SGB IV), unterstreicht der Gesetzgeber die **besondere sozialpoliti-**

---

[5]) Ulich, Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich - Netzwerken und Handeln lautet die Devise, BKK 2002, 39, 40.

[6]) Rahmenvereinbarung der gesetzlichen Krankenkassen und der Träger der Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren; abgedruckt in Lauterbach/Eiermann/Watermann, Unfallversicherung - SGB VII, 4. Aufl., Bd. 2, § 14 Rn. 46. Ergänzung von Dezember 2001, BG 2002, 103.

sche Bedeutung der Prävention im Hinblick auf die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

6.4 § 15 SGB VII - Unfallverhütungsvorschriften

Die Vorschrift enthält in **§ 15 Abs. 1 SGB VII** die Ermächtigung und die Verpflichtung der Unfallversicherungsträger zum Erlass von **Präventionsregelungen** als **autonomes Recht**. Diese sogenannten Unfallverhütungsvorschriften können staatliche Arbeitsschutzvorschriften in Bezug nehmen und konkretisieren, soweit der Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger reicht und die **Unfallverhütungsvorschriften** zu seiner Erfüllung zweckmäßig sind. Die Unfallverhütungsvorschriften bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (§ 15 Abs. 3 SGB VII).

Zu unterscheiden sind **unternehmensbezogene Unfallverhütungsvorschriften und** Unfallverhütungsvorschriften, welche das **Verhalten der Versicherten** zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren regeln. Die Unfallverhütungsvorschriften enthalten für den Unternehmer bzw. die Versicherten verbindliche Anforderungen. Ein schuldhafter Verstoß kann unter bestimmten Voraussetzungen als Ordnungswidrigkeit geahndet werden (§ 209 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII).

Unfallverhütungsvorschriften enthalten in der Regel abstrakt formulierte **Schutzziele** und sind **Mindestnormen**. Weitere zusätzliche Maßnahmen der Prävention in den Unternehmen sind möglich und erwünscht. Gegenstand der Unfallverhütungsvorschriften können sein technische, medizinische, organisatorische und informatorische Maßnahmen sowie die Sicherstellung einer wirksamen Ersten Hilfe.

Vom **Unternehmer** zu veranlassende arbeitsmedizinische Untersuchungen und sonstige **arbeitsmedizinische Maßnahmen** vor, während und nach der Verrichtung von Arbeiten, die für Versicherte oder Dritte mit arbeitsbedingten **Gefahren für Leben und Gesundheit** verbunden sind (§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VII) machen nur dann Sinn, wenn persönliche Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden können. Dafür schafft **§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VII** die erforderliche datenschutzrechtliche Grundlage. Die „genannten Zwecke“ sind alle, die der Erkenntnis bezüglich arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren oder bereits einge-

tretener Schäden dienen, damit präventive oder kurative Maßnahmen ergriffen werden können.[7]

Die einzelnen Unfallversicherungsträger haben nach **§ 15 Abs. 5 SGB VII** die ihnen zugehörigen Unternehmer über die erlassenen Unfallverhütungsvorschriften zu unterrichten. Die Unternehmer wiederum sind zur Unterrichtung der Versicherten ihres Unternehmens verpflichtet.

6.5 § 16 SGB VII - Geltung bei Zuständigkeit anderer Unfallversicherungsträger und für ausländische Unternehmen

Die Vorschrift regelt als **staatliches Arbeitsschutzrecht** die trägerübergreifende Geltung der autonomen Unfallverhütungsvorschriften für inländische Unternehmen (z.B. für Leiharbeitnehmer) und erstreckt die **Unfallverhütungsvorschriften** zum Schutz der deutschen Versicherten auf **ausländische Unternehmer** und Beschäftigte bei vorübergehender Tätigkeit im Inland, da solche ausländische Unternehmen nicht dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen **(Einstrahlung)**.

6.6 § 17 SGB VII - Überwachung und Beratung

Die Vorschrift bestimmt als Aufgabe der Unfallversicherungsträger die **Beratung** der Unternehmer sowie der Versicherten und die **Überwachung** der Unternehmen. Damit wird die eigenhändige Umsetzung der Unfallverhütungsvorschriften nach § 15 SGB VII als selbst geschaffenes autonomes Recht der Unfallversicherungsträger gewährleistet. Im Rahmen dieser Überwachung können im Einzelfall Maßnahmen gegenüber dem Unternehmer und gegenüber den Versicherten angeordnet werden

- zur Einhaltung der Pflichten aufgrund der **Unfallverhütungsvorschriften** (§ 15 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB VII)
  oder

[7]) KassKomm-Ricke § 15 SGB VII RdNr. 13.

- zur **Abwendung besonderer Unfall- und Gesundheitsgefahren**, wenn keine Unfallverhütungsvorschriften bestehen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB VII); insoweit ist dem Unfallversicherungsträger auch die Umsetzung staatlichen Arbeitsschutzrechts möglich.[8] Gefahr bedeutet eine Sachlage, die bei ungehindertem Ablauf des Geschehens mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem Schaden führt.[9]

6.7 § 18 SGB VII - Aufsichtspersonen

Bei § 18 SGB VII handelt es sich um eine organisationsrechtliche Vorschrift. Die Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, ihren Aufsichtsdienst personell mit der für eine wirksame Überwachung und Beratung hinsichtlich der **Verhütung von Arbeitsunfällen**, **Berufskrankheiten** und arbeitsbedingten **Gesundheitsgefahren** sowie für eine wirksame Erste Hilfe erforderlichen Zahl besonders befähigter und geprüfter Aufsichtpersonen auszustatten.

6.8 § 19 SGB VII - Befugnisse der Aufsichtspersonen

Die Vorschrift des **§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB VII** nennt im Anschluss an die generalklauselartige Befugnisnorm des § 17 Abs. 1 SGB VII beispielhaft („insbesondere“) einzelne Befugnisse der Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger bei der Überwachung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Erkrankungen sowie für eine wirksame Erste Hilfe und verpflichtet in **§ 19 Abs. 1 Satz 2 SGB VII** den Unternehmer, die Überwachungstätigkeit der Aufsichtspersonen zu dulden.

Die Aufsichtspersonen sind nach **§ 19 Abs. 2 SGB VII** berechtigt, bei **Gefahr** im Verzug sofort vollziehbare Anordnungen zur Abwendung von arbeitsbedingten **Gefahren** für Leben oder Gesundheit zu treffen. Diese Regelung ergänzt § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB VII für den Fall einer **unmittelbar drohenden Gefahr**, wenn ein Schadenseintritt sehr wahrscheinlich ist.

---

[8]) Kater/Leube, aaO., § 17 RdNr. 6 bis 9.
[9]) BT-Drucksache 13/3540, Gesetzesbegründung zu § 4 ArbSchG, S. 16.

Der Unternehmer hat die Tätigkeit der Aufsichtsperson nicht nur zu dulden, sondern nach **§ 19 Abs. 3 SGB VII** die Aufsichtsperson aktiv zu unterstützen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

6.9 § 20 SGB VII - Zusammenarbeit mit Dritten

Grundlage des deutschen Arbeitsschutzsystems ist das Nebeneinander von Unfallversicherungsträgern als Körperschaften des öffentlichen Rechts und staatlichen Arbeitsschutzbehörden (Dualismus). Die Vorschrift des **§ 20 Abs. 1 SGB VII** dient der **Koordination** und verpflichtet die Unfallversicherungsträger und die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden bei der Überwachung der Unternehmen eng zusammenzuwirken, den Erfahrungsaustausch zu fördern und sich gegenseitig über durchgeführte Betriebsbesichtigungen und deren wesentlichen Ergebnisse zu unterrichten.

Die Unfallversicherungsträger sind ganz überwiegend bundesweit zuständig. Zur Förderung der Zusammenarbeit mit den Arbeitsschutzbehörden haben sie deshalb nach **§ 20 Abs. 2 SGB VII** für jedes Land eine gemeinsame landesbezogene Stelle zu benennen.

Durch allgemeine Verwaltungsvorschriften regelt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gemäß **§ 20 Abs. 3 SGB VII** das **Zusammenwirken** der Unfallversicherungsträger einschließlich der gemeinsamen landesbezogenen Stellen mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden[10] und die Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit den Betriebsräten oder Personalräten[11].

---

[10]) Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Zusammenwirken der Träger der Unfallversicherung und der Gewerbeaufsichtsbehörden i.d.F. v. 28.11.1977, BArbBl. Fachbeilage Arbeitsschutz 1978, 20.

[11]) Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Zusammenwirken der technischen Aufsichtsbeamten der Träger der Unfallversicherung mit den Betriebsvertretungen i.d.F. v. 28.11.1977, BArbBl. .Fachbeilage Arbeitsschutz 1978, 21.

6.10 § 21 SGB VII - Verantwortung des Unternehmers, Mitwirkung der Versicherten

Die Vorschrift des **§ 21 Abs. 1 SGB VII** regelt die grundlegende Verpflichtung des Unternehmers (Arbeitgebers) zum Schutze der Versicherten. Damit wird klargestellt, dass für die Durchführung der Prävention allein der Unternehmer verantwortlich ist und nicht der Unfallversicherungsträger. Der Unternehmer hat damit auch die **Kosten** der betrieblichen **Präventionsmaßnahmen** zu tragen.

Die Vorschrift des **§ 21 Abs. 2 SGB VII** bezieht sich auf die besonderen Verhältnisse in **staatlich-kommunalen Schulen**. Sie verpflichtet für den Regelfall, dass der Schulsachkostenträger als Unternehmer und Verantwortlicher für den äußeren Schulbereich(z.B. Kommune, Landkreis) nicht mit dem Schulhoheitsträger (Land) identisch ist, den Schulhoheitsträger zu unterstützenden Regelungen im inneren Schulbereich.

Die Vorschrift des **§ 21 Abs. 3 SGB VII** enthält entsprechend der Regelung für die Unternehmer in Absatz 1 die grundlegende und umfassende Verpflichtung der Versicherten zur **Unterstützung** der **Präventionsmaßnahmen** sowohl des Unternehmers als auch der Unfallversicherungsträger. Ein Verstoß des Versicherten ist zwar keine Ordnungswidrigkeit nach § 209 SGB VII, kann aber bei erheblichen oder wiederholten Verstößen arbeitsrechtliche Folgen haben. Eine Konkretisierung der Verpflichtung der Versicherten in der Satzung des Unfallversicherungsträgers ist gesetzlich nicht vorgesehen (anders für die Unterstützungspflicht des Unternehmers § 191 SGB VII).

6.11 § 22 SGB VII - Sicherheitsbeauftragte

Die Vorschrift verpflichtet den **Unternehmer** zur Bestellung von **Sicherheitsbeauftragten** als ehrenamtlich tätige Helfer des Unternehmers für eine **wirksame Prävention**. Aufgabe der Sicherheitsbeauftragten, die regelmäßig selbst im Betrieb tätig sind, ist es, den Unternehmer durch eigene Beobachtungen und durch den ständigen Kontakt mit anderen Beschäftigten bei der Durchführung **der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** zu unterstützen. Ist zur Verbesserung der Arbeitssicherheit und des **Gesundheitsschutzes** ein betrieb-

licher Arbeitsschutzausschuss nach § 11 ASiG gebildet, gehören diesem Ausschuss Vertreter der Sicherheitsbeauftragten an.

6.12 § 23 SGB VII - Aus- und Fortbildung

Die Unfallversicherungsträger müssen nicht nur eigenes Aufsichtspersonal bestellen und qualifizieren, sondern auch für die erforderliche **Aus- und Fortbildung** der in den Unternehmen mit der **Verhütung von Arbeitsunfällen**, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie mit der Ersten Hilfe betrauten Personen sorgen. Es sind dies Sicherheitsbeauftragte, Betriebs- und Personalräte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte und Ersthelfer, aber auch der Unternehmer selbst. Die unmittelbaren **Kosten** der Aus- und Fortbildung tragen die Unfallversicherungsträger. Durch diese Schulungen wird die **Prävention** in den Unternehmen **nachhaltig gefördert**.

6.13 § 24 SGB VII - Überbetrieblicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst

Die Unfallversicherungsträger können überbetriebliche **arbeitsmedizinische** und **sicherheitstechnische Dienste** als eigene Einrichtung errichten, mehrere Unfallversicherungsträger zusammen auch einen gemeinsamen Dienst. Machen die Unfallversicherungsträger von dieser Ermächtigung Gebrauch, bestimmt das Nähere die Satzung. Die überbetrieblichen Dienste der Unfallversicherungsträger ergänzen die Möglichkeiten des Arbeitgebers nach dem Arbeitssicherheitsgesetz, seine Verpflichtung zur Bestellung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit mit dem Ziel der **Verbesserung** von **Arbeitsschutz** und **Unfallverhütung** im Betrieb zu erfüllen.

6.14 § 25 SGB VII - Bericht gegenüber dem Bundestag

Die Vorschrift verpflichtet die Bundesregierung, dem Bundestag und dem Bundesrat alljährlich einen statistischen Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland zu erstatten, der die Berichte der Unfallversicherungsträger und die Jahresberichte der für den Arbeits-

schutz zuständigen Landesbehörden zusammenfasst. Alle vier Jahre hat der Bericht außerdem einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, ihre Kosten und die Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu enthalten. Diese Berichterstattung ermöglicht eine **Erfolgskontrolle** über die Maßnahmen zur Prävention und kann maßgebliche **Impulse** für eine **Fortentwicklung** der **Prävention** im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung geben.

6.15 § 26 SGB VII - Grundsatz (Leistungen)

Die Vorschrift gibt eine Übersicht über die Arten der **Leistungen** nach Eintritt eines Versicherungsfalls (Drittes Kapitel), das sind Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen, Pflege und Geldleistungen.

Die Vorschrift des **§ 26 Abs. 2 SGB VII** nennt **Leistungsziele** und konkretisiert die in Betracht kommenden Leistungen. Es handelt sich um **verbindliche Regeln** für die Auslegung der nachfolgenden Vorschriften.[12] Nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII haben die Unfallversicherungsträger durch Dienst- oder Sachleistungen **mit allen geeigneten Mitteln** möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine **Verschlimmerung** zu **verhüten** und seine **Folgen** zu **mildern**. Dienstleistungen sind insbesondere die ambulante Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte und Hilfeleistungen nichtärztlicher Personen (§§ 28, 30, 32 SGB VII). Sachleistungen bestehen insbesondere in dem Zurverfügungstellen von Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln und Krankenhäusern für die stationäre Behandlung (§§ 29, 31, 33 SGB VII). Einen **präventiven Charakter** hat bei allen diesen Leistungen der Zweck, in Bezug auf den Gesundheitsschaden „seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern".

Für behinderte Menschen enthält **§ 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX** über die Ziele der Leistungen zur Teilhabe eine fast gleichlautende Vorschrift. In der Krankenversicherung besteht eine entsprechende allgemeine Regelung in **§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V** hinsichtlich der Leistungsarten und eine entsprechende spezielle Regelung für die Krankenbehandlung in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

---

[12]) Kater/Leube, aaO., § 26 RdNr. 4.

6.16 § 27 SGB VII - Umfang der Heilbehandlung

Die Vorschrift regelt den Umfang der Heilbehandlung. Zur Heilbehandlung zählen die Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation**. § 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII verweist dazu auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen und dort unter anderem auf § 26 Abs. 2 Nr. 7 und Abs. 3 SGB IX.

Die Regelung des § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX betrifft die „Beschäftigungserprobung und Arbeitstherapie". Nach § 26 Abs. 3 SGB IX umfassen die Leistungen auch „medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen", soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die **Ziele** der medizinischen Rehabilitation „zu erreichen oder zu sichern und **Krankheitsfolgen** zu **vermeiden**, zu überwinden, zu mindern oder ihre **Verschlimmerung** zu **verhüten**".

Zur näheren Ausgestaltung dieser Leistungen und zu deren präventiven Gehalt vgl. die Ausführungen zu § 26 SGB IX.

6.17 § 35 SGB VII - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Vorschrift regelt die berufsfördernden Leistungen als Teilhabe am Arbeitsleben (früher „berufliche Rehabilitation"). § 35 Abs. 1 SGB VII verweist dazu auf die Leistungen zur **Teilhabe am Arbeitsleben** für behinderte Menschen und dort unter anderem auf die **§§ 33 bis 38 SGB IX**. Das Ziel der berufsfördernden Maßnahmen ist nach der Grundsatznorm des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII, „den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern".

Wesentliche Aufgabe der berufsfördernden Leistungen ist primär, den bisherigen **Arbeitsplatz** zu **erhalten** oder einen neuen Arbeitsplatz zu erlangen. Darüber hinaus gilt es aber auch, die **Teilhabe** am Arbeitsleben für die Zukunft **„auf Dauer" sicherzustellen** (§ 33 Abs. 1 SGB IX). Die berufsfördernden Leistungen haben insoweit **präventiven Charakter** und entsprechen den Maßnahmen zur **Verhütung einer Verschlimmerung** im medizinischen Bereich.

Als **präventive Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** kommen insbesondere in Betracht: Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen (§ 33 Abs. 3 SGB IX), psychologische und pädagogische Hilfen zur dauerhaften Eingliederung in das Arbeitsleben oder um Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten sowie Hilfen zur

seelischen Stabilisierung (§ 33 Abs. 6 SGB IX), Zuschüsse an Arbeitgeber für Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

6.18 § 39 SGB VII - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen

Die Vorschrift regelt den Umfang der Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft (früher „soziale Rehabilitation“) und der ergänzenden Leistungen.

§ 39 Abs. 1 SGB VII verweist zunächst auf die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die ergänzenden Leistungen für behinderte Menschen und damit auch auf § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX - **Rehabilitationssport** und **Funktionstraining** aufgrund ärztlicher Verordnung. Hierdurch wird dem in § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII formulierten Ziel Rechnung getragen, „Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur **Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft** unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitzustellen“. Beide Maßnahmen haben einen **präventiven Charakter**. Zum präventiven Gehalt dieser Maßnahmen im einzelnen vgl. die Ausführungen zu § 44 SGB IX.

Als sonstige Leistungen zur „Sicherstellung des Erfolges der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe“ nach **§ 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII** in Betracht kommen beispielsweise Erholungsaufenthalte für Schwerverletzte, durch die eine unfallbedingte allgemeine körperliche oder psychische Schwächung gebessert werden soll.[13] Es wird damit einer künftigen **Verschlechterung** des Gesundheitszustandes **vorgebeugt**.

6.19 § 114 SGB VII - Unfallversicherungsträger

Im Rahmen der Vorschriften über die Organisation der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Fünftes Kapitel) bestimmt § 114 Abs. 1 Nr. 1 bis 9 SGB VII die einzelnen Unfallversicherungsträger; diese sind - mit Ausnahme der Ausführungsbehörden für Unfallversiche-

[13]) Schmitt, SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung, § 39 Rn. 12.

rung des Bundes - durchweg rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung(§ 29 Abs. 1 SGB IV).

Zugrunde liegt eine **Gliederung nach Risikogemeinschaften** in gewerbliche Berufsgenossenschaften (nach Gewerbezweigen, Anlage 1), landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften (Anlage 2) und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand. Die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträger sind im Gesetz namentlich aufgeführt.

Diese **Zusammenfassung** artverwandter **Unternehmen** dient der **berufs- und fachspezifischen Unfallverhütung** und fördert durch die Konzentration der Unfallversicherungsträger auf gleiche oder ähnliche Gefahren für Leben und Gesundheit der Versicherten (Arbeitnehmer) die Intensität der Beratung und der Überwachung der Unternehmen. Die Organisationsstruktur der Unfallversicherungsträger ermöglicht damit in besonderer Weise eine **wirksame Prävention**.

6.20 § 162 SGB VII - Zuschläge, Nachlässe, Prämien

Die Aufbringung der finanziellen Mittel (Sechstes Kapitel) erfolgt in der gesetzlichen Unfallversicherung durch nachträgliche **Beitragsumlage**. Beitragspflichtig sind allein die Unternehmer. Berechnungsgrundlagen sind das Arbeitsentgelt der Versicherten und die **Gefahrklassen**, die innerhalb eines Unfallversicherungsträgers als autonomes Recht nach **Gefährdungsrisiken** gebildet werden. Diese nivellierende Beitragsdifferenzierung nach Gefahrengemeinschaften **ergänzt § 162 SGB VII** um ein individualisierendes **Bonus-Malus-System**, die Anpassung des Beitrags an das konkrete Schadensrisiko des einzelnen versicherten Unternehmens (Beitragsausgleichsverfahren).[14]

Unter Berücksichtigung der anzuzeigenden Versicherungsfälle haben die Unfallversicherungsträger den einzelnen Unternehmen Zuschläge aufzuerlegen und/oder Nachlässe zu bewilligen. Daneben können die Unfallversicherungsträger unter Berücksichtigung der **Wirksamkeit** der von dem Unternehmer getroffenen Maßnahmen zu **Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** und für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren **Prämien** gewähren.

Für das einzelne Unternehmen entsteht sowohl durch die Zuschläge und Nachlässe als auch durch Prämien ein **Anreiz** zur Intensivierung der **Prävention**, da sich aufgrund des Beitrags-

ausgleichsverfahrens eine erfolgreiche Prävention unmittelbar in der Verminderung der Höhe des Beitrags des Unternehmens auswirkt.

6.21 § 191 SGB VII - Unterstützungspflicht der Unternehmer

Die Vorschrift begründet generalklauselartig eine allgemeine **Unterstützungspflicht des Unternehmers** bei der Durchführung der Unfallversicherung gegenüber dem für ihn zuständigen Unfallversicherungsträger. Das Nähere ist von den Unfallversicherungsträgern in ihrer Satzung zu regeln. Zur **„Durchführung der Unfallversicherung“** rechnet **auch** der Bereich der **Prävention** und dem Unternehmer können über die Anforderungen im Zweiten Kapitel (§§ 14 ff. SGB VII) hinaus weitere Pflichten auferlegt werden (z.B. Benennung von Unfallzeugen).

6.22 § 193 SGB VII - Pflicht zur Anzeige eines Versicherungsfalls durch die Unternehmer

Die Pflicht des Unternehmers nach **§ 193 Abs. 1 und 2 SGB VII**, Unfälle und Berufskrankheiten dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen, dient in erster Linie der **schnellen Erbringung der Leistungen** gegenüber dem verletzten oder erkrankten Versicherten. Die Anzeige des Versicherungsfalls ermöglicht dem Unfallversicherungsträger aber zugleich, zeitnah Maßnahmen der **Prävention** zu ergreifen und einem sicherheitswidrigen Zustand in dem Unfallunternehmen durch Beratung des Unternehmers oder durch vollziehbare Anordnungen der Aufsichtspersonen abzuhelfen.

Gezielt **präventionsbezogen** ist die Verpflichtung des Unternehmers nach **§ 193 Abs. 7 SGB VII**, bei Arbeitsunfällen eine Durchschrift der Anzeige an die für den **Arbeitsschutz** zuständige **Landesbehörde** und bei Berufskrankheiten an die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde zu übersenden.

---

[14]) Molkentin, in: Lehr- und Praxiskommentar - SGB VII, § 162 Rn. 1.

6.23 § 199 SGB VII - Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten durch die Unfallversicherungsträger

Die Vorschrift steht am Anfang der Regelungen über den **Datenschutz** (Achtes Kapitel). Sie ergänzt die allgemeinen Vorschriften über den Schutz von Sozialdaten (§ 35 Abs. 1 SGB I, §§ 67a ff. SGB X) und modifiziert sie soweit erforderlich für die **gesetzliche Unfallversicherung**.[15] Die Unfallversicherungsträger dürfen Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben erforderlich ist, und sie dürfen Sozialdaten nur für diese Aufgaben in dem erforderlichen Umfang verarbeiten und nutzen (§ 199 Abs. 1 und 2 SGB VII).

Zu den vorgeschriebenen und zugelassenen Aufgaben der Unfallversicherungsträger gehört ausdrücklich „die **Verhütung von Versicherungsfällen**, die **Abwendung** von arbeitsbedingten **Gesundheitsgefahren** sowie die Vorsorge für eine wirksame **Erste Hilfe** nach dem Zweiten Kapitel“ (§ 199 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB VII) und „die **Erforschung** von Risiken und Gesundheitsgefahren für die Versicherten“ (§ 199 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB VII). Die **Lockerung des Datenschutzes** fördert die **Prävention** und schafft für die Unfallversicherungsträger die Voraussetzungen für ihr Streben nach einer umfassenden **Unfall- und Krankheitsverhütung** mit allen geeigneten Mitteln.

6.24 § 201 SGB VII - Datenerhebung und Datenverarbeitung durch Ärzte

Nach **§ 201 Abs. 2 SGB VII** dürfen Ärzte und Zahnärzte, die an einer Heilbehandlung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt sind, Daten über die Behandlung und den Zustand der Versicherten sowie andere personenbezogenen Daten den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen **(staatlicher Gewerbearzt)** und den Krankenkassen - soweit erforderlich - zur Erfüllung ihrer Aufgaben übermitteln (z.B. Unfallhergang). Die **Lockerung des Datenschutzes fördert** in diesem Falle zum einen die **präventive Tätigkeit** der Arbeitsschutzbehörden in Bezug auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und zum anderen die Aufgaben der Krankenkassen auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V).

---

[15]) Schmitt, aaO., § 199 Rn. 2.

6.25 § 202 SGB VII - Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten

Die Vorschrift enthält die **Anzeigepflicht** der Ärzte und Zahnärzte in Fällen, in denen ein begründeter **Verdacht** auf eine **Berufskrankheit** besteht. Der begründete Verdacht setzt ernsthafte, konkrete Anhaltspunkte für eine Berufskrankheit und ihre berufliche Verursachung voraus. Der Verdacht muss nach dem Wortlaut der Vorschrift darauf gerichtet sein, dass die **Berufskrankheit bereits eingetreten** ist („besteht"); nicht ausreichend ist der begründete Verdacht auf eine drohende Berufskrankheit. Der Unfallversicherungsträger muss aufgrund der ärztlichen Anzeige ermitteln, ob ein entschädigungspflichtiger Versicherungsfall vorliegt und darüber hinaus welche präventiven Maßnahmen angezeigt sind, einer Verschlimmerung der Berufskrankheit entgegenzuwirken (vgl. § 3 BKV).

6.26 § 204 SGB VII Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger

Die Vorschrift regelt in **§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 SGB VII** die Errichtung von gemeinsamen Dateien der Unfallversicherungsträger, vor allem im Interesse der Gewinnung von **Erkenntnissen** für gezielte Maßnahmen der **Prävention**, die Verbesserung der Prävention, die Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts und die **Ursachenforschung** bezüglich Berufskrankheiten und anderen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Einbezogen sind die Verbände der Unfallversicherungsträger.

6.27 § 206 SGB VII - Übermittlung von Daten für die Forschung zur Bekämpfung von Berufskrankheiten

Zweck der Vorschrift ist, durch Erforschung der Zusammenhänge zwischen Berufsleben und möglichen Berufskrankheiten Daten zu ermitteln und zu verwenden, die zumindest teilweise personenbezogen sind. **§ 206 Abs. 1 Satz 1 SGB VII** gibt dazu Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe die Befugnis zur **Übermittlung von Daten** an Unfallversicherungsträger bzw. an deren Verbände. Voraussetzung ist stets, dass die Daten für ein bestimmtes **Forschungsvorhaben** vorgesehen sind und die Genehmigung des Forschungsvorhabens öffentlich bekannt gegeben wurde.

Die Vorschrift ist zu sehen im Zusammenhang mit dem Auftrag an die Unfallversicherungsträger zur **Verhütung** von Berufskrankheiten mit allen geeigneten Mitteln (§ 14 Abs. 1 SGB

VII), zur **Erforschung** von Berufskrankheiten (§ 9 Abs. 8 2. Halbsatz SGB VII) und zu Maßnahmen zur **Früherkennung** von Berufskrankheiten (§ 22 Abs. 1 Nr. 1 SGB I).

6.28 § 207 SGB VII - Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten zur Verhütung von Versicherungsfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren

Der **§ 207 Abs. 1 SGB VII** erlaubt den Unfallversicherungsträgern und deren Verbänden, Daten zu Stoffen, Zubereitungen und Erzeugnissen sowie Betriebs- und Expositionsdaten zur **Gefährdungsanalyse** zu erheben, zu verarbeiten, zu nutzen und untereinander zu übermitteln. Voraussetzung ist die Notwendigkeit zur **Verhütung** von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Die Vorschrift des **§ 207 Abs. 2 SGB VII** korrespondiert mit § 70 SGB X, wonach eine Übermittlung von Sozialdaten zulässig ist, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der staatlichen Arbeitsschutzbehörden bei der Durchführung des Arbeitsschutzes erforderlich ist, und erweitert die Möglichkeiten der Datenspeicherung und des Datenaustausches im Interesse der **Unfallverhütung** auf die in Absatz 1 genannten Daten.

6.29 § 209 SGB VII - Bußgeldvorschriften

Die Bedeutung der **Verhütung** von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und der Ersten Hilfe für die gesetzliche Unfallversicherung wird durch **Bußgeldvorschriften** (Neuntes Kapitel) unterstrichen. Damit soll auf das Verhalten von Unternehmern und Versicherten eingewirkt werden; die dadurch angestrebte **general-präventive**, u.U. auch **spezial-präventive** Wirkung ist strukturell ebenso angelegt wie im Strafrecht.

Ordnungswidrig handelt nach **§ 209 Abs. 1 SGB VII**, wer vorsätzlich oder fahrlässig

- als Unternehmer oder Versicherter einer Unfallverhütungsvorschrift zuwiderhandelt, soweit diese Vorschrift für einen bestimmten Tatbestand auf § 209 SGB VII verweist (Nr. 1, sogen. Rückverweisungsklausel),

- als Unternehmer oder Versicherter einer vollziehbaren Anordnung von Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger nach § 17 Abs. 1 Satz 2 oder § 19 Abs. 2 SGB VII zuwiderhandelt (Nr. 2),
- als Unternehmer entgegen § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB VII eine betriebliche Maßnahme von Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger zur Prävention nicht duldet (Nr. 3),
- als Unternehmer entgegen § 193 SGB VII eine Unfall- oder Berufskrankheitenanzeige nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig erstattet (Nr. 9).

Die Ordnungswidrigkeit kann nach **§ 209 Abs. 2 SGB VII** in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 bis 3 mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Euro und im Falle des Absatz 1 Nr. 9 mit einer Geldbuße bis zu 2 500 Euro geahndet werden.

Verwaltungsbehörde für die **Verhängung** von Bußgeldern ist der zuständige **Unfallversicherungsträger (§ 210 SGB VII)**.

7. Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) Kinder- und Jugendhilfe

7.1 § 1 SGB VIII - Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe

Die Vorschrift steht am Anfang des Ersten Kapitels Allgemeine Vorschriften.

Das Kinder- und Jugendhilferecht verfolgt ausgehend von den Prinzipien „Leistung statt Eingriff“ und **„Prävention statt Reaktion“** einen **vorbeugenden Schutz**. Dem SGB VIII liegt im Vergleich zum vorhergehenden Jugendwohlfahrtsgesetz **(JWG)** ein neues Verständnis von Jugendhilfe zugrunde: Nicht mehr die (reaktive), weil eine konkrete **Gefahrenlage** voraussehende Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, die Ausgrenzung verwahrloster Jugendlicher durch geschlossene Unterbringung und Arbeitserziehung oder die Rettung von Kindern vor dem gefährdenden Einfluss ihrer Eltern sind der zentrale Auftrag der Jugendhilfe, sondern die Förderung der Entwicklung junger Menschen und ihre Integration in die Gesellschaft durch allgemeine Förderungsangebote und Leistungen in unterschiedlichen Lebenssituationen. Im Vordergrund steht die Förderung und der **präventive Schutz** von **Kindern** und **Jugendlichen vor Gefahren** für ihre Entwicklung[1], also **Gefahrenvorsorge** im allgemeinen verwaltungsrechtlichen Sinn.

Gemeint ist vor allem **primäre und sekundäre Prävention**, zum einen abzielend auf lebenswerte, **stabile Verhältnisse**, in denen Konflikte und Krisen nicht entstehen, und zum anderen als **vorbeugende Hilfe** in Situationen, die erfahrungsgemäß belastend sind und sich zu Krisen auswachsen können.[2] Daneben gibt aber auch die gleichsam **traditionelle Gefahrenabwehr** (vgl. nachfolgend insbesondere §§ 42, 43, auch 44, 45 SGB VIII).

Das **SGB VIII** ist prioritär ein **„Erziehungsgesetz“**. Gesundheitsförderung ist im Gesetz nicht, jedenfalls nicht systematisch, berücksichtigt und hat eher Ausnahmecharakter. Qualitätskontrollen für die Effektivität und die Effizienz der Angebote zur Gesundheitshilfe und zur Gesundheitsförderung fehlen.[3]

---

[1]) Wiesner/Mörsberger/Oberloskamp/Struck, SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, 2. Aufl., Einl. Rn. 37, 38.
[2]) Münder u.a., Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG/SGB VIII, Einl. Rz.10.

Die Vorschrift hat die Funktion einer **Generalklausel** und Leitnorm. § 1 Abs. 1 SGB VIII normiert für alle jungen Menschen bis zum 27. Lebensjahr (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII) ein **Recht auf Förderung** ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Ein einklagbares subjektiv-öffentliches Recht entsteht damit allerdings nicht.[4]

Die Regelung des **§ 1 Abs. 3 SGB VIII** beschreibt in allgemeiner Form und nicht abschließend („insbesondere") die **Grundziele** der Jugendhilfe. Jugendhilfe soll junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung „fördern" und dazu beitragen, **Benachteiligungen** „zu **vermeiden** oder abzubauen" (Nr. 1), Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung „beraten und unterstützen" (Nr. 2), **Kinder** und **Jugendliche „vor Gefahren** für ihr Wohl **schützen**" (Nr. 3) und dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und **familienfreundliche Umwelt** „zu **erhalten** oder zu **schaffen**" (Nr. 4). Die Ziele in § 1 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 SGB VIII werden in § 2 SGB VIII (Aufgaben der Jugendhilfe) und in den dort genannten nachfolgenden Vorschriften näher konkretisiert.

Für **§ 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII** besteht zur näheren Ausgestaltung keine entsprechende Vorschrift; die Vorschrift wendet sich an alle, die in der Jugendhilfe Verantwortung tragen, unabhängig davon, ob sie der öffentlichen oder freien Jugendhilfe angehören.[5]

7.2 § 2 SGB VIII - Aufgaben der Jugendhilfe

Leistungen der Jugendhilfe nach **§ 2 Abs. 2 SGB VIII** mit **individuell präventiver Ausrichtung** enthalten vor allem Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes (Nr. 1), Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (Nr. 2), Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (Nr. 3), Hilfe zur Erziehung (Nr. 4) und Hilfe für junge Volljährige (Nr. 6).

---

[3]) Rothenburg, Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung - Reformbedarf für das SGB VIII ?, RdJ 2001, 317, 322, 324, 327.
[4]) Mainberger, in Hauck/Noftz, SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar, § 1 Rn. 1.
[5]) Mainberger, aaO., § 1 Rn. 24.

Andere **präventiv wirkende Aufgaben** der Jugendhilfe sind nach **§ 2 Abs. 3 SGB VIII** die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen (Nr. 1) und die Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen (Nr. 2) sowie **general-präventiv** die **Pflegerlaubnis** (Nr. 3) und die Erlaubnis für den Betrieb einer **Einrichtung** (Nr. 4).[6]

7.3 § 11 SGB VIII - Jugendarbeit

Die Vorschrift steht im Zweiten Kapitel (Leistungen der Jugendhilfe) am Anfang des Ersten Abschnitts über Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischen Kinder- und Jugendschutz.

Jungen Menschen bis zum 27. Lebensjahr (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII) sind nach **§ 11 Abs. 1 SGB VIII** die zur „Förderung ihrer Entwicklung" erforderlichen Angebote der Jugendarbeit zur Verfügung zu stellen (Satz 1). Sie sollen an den Interessen junger Menschen anknüpfen und von ihnen mitbestimmt und mitgestaltet werden, sie zur Selbstbestimmung befähigen und zu gesellschaftlicher Mitverantwortung und zu sozialem Engagement anregen und hinführen (Satz 2). Dies alles kann als **Vorsorge** im Hinblick auf – erfahrensgemäß – typische Gefahrenlagen verstanden werden.

Ein Schwerpunkt der Jugendarbeit ist nach **§ 11 Abs. 3 SGB VIII** die **„gesundheitliche" Bildung**. Die Jugendhilfe ist damit unmittelbar dazu aufgefordert, sich an der Gesundheitsförderung in und mit Schulen sowie an der **Basis-Gesundheitsförderung** für Kinder, Jugendliche und deren Eltern zu beteiligen.[7]

Es gehört zu den besonderen Anliegen des SGB VIII, die Bedeutung der Jugendarbeit hervorzuheben. Der Gedanke der **Prävention** soll gegenüber staatlichen Eingriffen in das Familiengeschehen im Vordergrund stehen. Dieses **Primat der Prävention** wird durch die Stellung des § 11 zu Beginn des Zweiten Kapitel betont.[8]

---

[6]) Zur präventiven Wirkung von Erlaubnissen allgemein Wolff/Bachof/Stober, Verwaltungsrecht Bd. 2, § 46 Rdnr. 36.
[7]) Rothenburg, aaO., 325.
[8]) Grube, in Hauck/Noftz, aaO., § 11 Rn. 3.

7.4 § 14 SGB VIII - Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz

Der **erzieherische Kinder- und Jugendschutz** wird in **§ 14 SGB VIII** als eigenständiger Bereich der Jugendhilfe ausgewiesen. **Zentraler Begriff** des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes ist der Begriff der **Prävention**. Damit sind alle Anstrengungen gemeint, die darauf abzielen, **Gefährdungen** und **Schädigungen** frühzeitig zu erkennen und zu **verhindern**. Den Herausforderungen der Jugendgefährdung soll nicht repressiv, sondern offensiv durch Information und Aufklärung der gefährdeten Personen begegnet werden, um dadurch **Verhaltensänderungen** herbeizuführen.[9]

Die Maßnahmen sollen nach § 14 Abs. 2 SGB VIII **junge Menschen** bis zum 27. Lebensjahr (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII) befähigen, sich **vor gefährdenden Einflüssen** „zu **schützen**" und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen führen (Nr. 1). Sie sollen ferner **Eltern** und andere **Erziehungsberechtigte** besser befähigen, Kinder unter 14 Jahren (§ 7 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII) und Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII) **vor gefährdenden Einflüssen** „zu **schützen**" (Nr. 2).

Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz zielt auf **Verhaltensänderung** der gefährdeten Personen. Da die verschiedenen **Gefahrenquellen** für die Entwicklung junger Menschen nicht ausgeschaltet werden können, ist es Aufgabe des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes, junge Menschen über Risiken und Gefahren aufzuklären sowie die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, damit sie verantwortlich damit umgehen können **(Identitätssicherung)**. Dies geschieht durch **primärpräventive Maßnahmen** (z.B. Information, Öffentlichkeitsarbeit) sowie durch **sekundärpräventive Maßnahmen** (gezielte Ansprache einzelner junger Menschen). Aktuelle Themen sind **beispielsweise** die Gefährdung durch Drogen (z.B. **Alkohol, Rauschgift**), Print- und Bildmedien, **Extremismus** und **sexuellen Missbrauch** [10]

Eltern und anderen Erziehungsberechtigten muss zu Bewusstsein gebracht werden, wie prägend das **Vorbildverhalten** der Erwachsenen für Kinder ist und welch große Rolle authentisches Verhalten spielt. Im Jugendalter besteht der Schutz darin, im Gespräch zu bleiben und die Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen nicht zu früh abreißen zu lassen.[11]

Eine enge **Zusammenarbeit** mit den Einrichtungen und Stellen des **öffentlichen Gesundheitsdienstes** ist angezeigt **(§ 81 Nr. 3 SGB VIII)**.

---

[9]) Wiesner/Struck, aaO., § 14 Rn. 1 unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung; Rothenburg, aaO., 524.
[10]) Wiesner/Struck, aaO., § 14 Rn. 6, 7.

7.5 § 16 SGB VIII - Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Die Vorschrift steht im Zweiten Kapitel (Leistungen der Jugendhilfe) am Anfang des Zweiten Abschnitts über Förderung der Erziehung in der Familie.

Leistungen der **allgemeinen Förderung** der Erziehung in der Familie sollen nach § 16 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre „Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können".

Die Vorschrift enthält als **Programmsatz** die Zielrichtung bei der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie. Jugendhilfe hat also nicht Familienarbeit schlechthin zu fördern, sondern lediglich auf eine **Verbesserung der Erziehungsverantwortung** hinzuwirken. Es geht um **präventive Arbeit** zur Stärkung der **familialen Erziehungsfähigkeit**.[12] Es geht um die Vermittlung erzieherischer Kompetenz sowie die Stärkung der Erziehungskraft du des Selbsthilfepotentials durch Bildungs-, Beratungs- und Erholungsangebote für Eltern und Kinder.[13]

7.6 § 17 SGB VIII - Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung

Mütter und Väter haben nach **§ 17 Abs. 1 SGB VIII** im Rahmen der Jugendhilfe Anspruch auf **Beratung** in Fragen der Partnerschaft, wenn sie für ein Kind oder einen Jugendlichen zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen (Satz 1). Diese individuelle Beratung soll helfen, ein partnerschaftliches Zusammenleben in der Familie „aufzubauen" (Partnerschaftsberatung), Konflikte und Krisen in der Familie „zu bewältigen", im Falle der Trennung oder Scheidung die Bedingungen für eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen „förderliche Wahrnehmung der Elternverantwortung schaffen" (Satz 2).

Statt bei bereits aufgetretenen Erziehungsproblemen mit staatliche Eingriffen zu reagieren, sollen damit **präventiv** die **Eigenkräfte der Familie** gestärkt und unterstützt werden.[14] Dem

---

[11]) Schwaab, in Kinder- und Jugendhilfe - Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB VIII), § 14 Rn. 5.
[12]) Gaertner, in Hauck/Noftz, aaO., § 16 Rn. 6.
[13]) Wiesner/Struck, aaO., § 16 Rn. 1.
[14]) Grube, in Hauck/Noftz, aaO., § 17 Rn.1.

Auftreten von **Belastung** wird **entgegengewirkt** oder wenigstens dafür gesorgt, dass die **negativen Auswirkungen** für Kinder und Jugendliche **möglichst gering** bleiben.[15]

7.7 § 27 SGB VIII - Hilfe zur Erziehung

Die Vorschrift steht im Zweiten Kapitel (Leistungen der Jugendhilfe) am Anfang des Vierten Abschnitts über Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige.

Ein Personensorgeberechtigter hat nach **§ 27 Abs. 1 SGB VIII** bei der Erziehung eines Kindes bis zum 14. Lebensjahr (§ 7 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII) oder eines Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII) **Anspruch auf Hilfe** (Hilfe **zur Erziehung**), wenn eine dem **Wohl des Kindes** oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung **„nicht gewährleistet“** und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist; in diesen Fällen liegt bereits die **Gefahr** einer offensichtlich suboptimalen **Entwicklung** des Kindes vor.

Das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen ist bezogen auf den Zustand der Erziehung. Dabei ist Maßstab der Bewertung das in § 1 Abs. 1 SGB VIII formulierte Ziel der Erziehung zu einer verantwortungsvollen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Eine entsprechende Erziehung ist nicht gewährleistet, wenn mit Blick auf das **Erziehungsziel** eine **Fehlentwicklung** bzw. ein Rückstand oder Stillstand der Persönlichkeitsentwicklung **„droht“** oder bereits eingetreten ist. Unter Erziehung ist die Gesamtheit der bewussten (zielgerichteten) und unbewussten (nicht zielgerichteten) pädagogischen Einwirkungen der Erziehungspersonen auf das Kind oder den Jugendlichen zu verstehen. **Tatbestandmerkmal** ist die **erzieherische Mangelsituation** (Erziehungsdefizit).[16]

Hilfe zur Erziehung sind nach **§ 27 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII** insbesondere die in den §§ 28 bis 35 SGB VII genannten Maßnahmen. Hilfen haben auch eine gesundheitsfördernde Seite, und zwar einerseits unmittelbar, wenn sie konkrete **Gesundheitsgefährdungen** betreffen, aber andererseits auch mittelbar dadurch, dass sie die Eigenverantwortlichkeit und die Ressourceausnutzung der Kinder und Jugendlichen stärken und das Selbstwertgefühl und die Handlungskompetenz erhöhen. Der Gesundheitsförderung dienen vor allem Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII), Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII) und Intensive pädagogi-

---

[15]) Wiesner/Struck, aaO., § 17 Rn. 9.
[16]) Stähr, in Hauck/Noftz, aaO., § 27 Rn. 21, 22.

sche Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII). Im Rahmen der (prognostisch angelegten) **Diagnose**, die für die Aufstellung eines Hilfeplans (§ 36 SGB VIII) zu stellen ist, wird auch die gesundheitliche Situation des Kindes oder Jugendlichen analysiert.[17]

7.8 § 35a SGB VIII - Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche haben nach **§ 35a Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII** wegen des Zusammenhanges mit den Hilfen zur Erziehung Anspruch auf Eingliederungshilfe unter anderem dann, wenn bei Vorliegen der anderen Voraussetzungen hinsichtlich der Teilnahme am Leben in der Gesellschaft - im Sinne von **Prävention** - eine „**Beeinträchtigung zu erwarten** ist".

Das SGB VIII verwirklicht die sogenannte „Kleine Lösung". Für Maßnahmen der Eingliederungshilfe bezüglich **Kindern** und Jugendlichen, die von einer **körperlichen oder geistigen Behinderung bedroht** sind, ist nach **§ 10 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII** das Bundessozialhilfegesetz anzuwenden. Das Problem der Mehrfachbehinderung bleibt ungelöst.[18]

Problematisch ist auch die Zuordnung der Lese-Rechtschreibschwäche (Legasthenie) sowie der Rechenschwäche (Dykalkulie). Beide sind als eine Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten anzusehen. **Sofern keine** Anzeichen für eine **drohende seelische Behinderung** vorliegen, muss von der Schule erwartet werden, dass sie ihrem Auftrag nachkommt. Zum Teil besteht nach landesgesetzlichen Vorschriften ein Anspruch auf sonderpädagogische Förderung, der vorrangig den Hilfebedarf abdeckt. Die **Schule** hat auch unabhängig von solchen spezialgesetzlichen Regelungen die Verpflichtung, über besondere Förderungsmaßnahmen die aus der Legasthenie/Dyskalkulie resultierenden **Lernschwierigkeiten** zu **beseitigen** oder zu mindern.[19]

---

[17]) Elfter Kinder- und Jugendbericht 2002, B. IX. 2.2.3.
[18]) Elfter Kinder- und Jugendbericht 2002, B. IX. 2.3.1.
[19]) Stähr, in Hauck/Noftz, aaO., § 35a Rn. 24 m.w.N.

7.9 § 41 SGB VIII - Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung

Einem jungen **Volljährigen** soll nach **§ 41 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII** Hilfe für die **„Persönlichkeitsentwicklung“** und zu einer „eigenverantwortlichen Lebensführung“ gewährt werden, **wenn** und solange die **Hilfe** aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen **notwendig** ist; dies ist der Fall, wenn die **Gefahr** besteht, dass ohne diese Hilfe sich die Persönlichkeit negativ entwickeln wird.

Junger Volljähriger ist, wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist (§ 7 Abs. 1 Nr. 3 SGB VIII).

Hilfen für junge Volljährige werden in besonders kritischen Lebensphasen junger Menschen gewährt und haben deshalb eine **zentrale, präventive Funktion** für die weitere Lebensbewältigung. Ihr rechtzeitiger Einsatz kann darüber entscheiden, ob ihnen der Einstieg in die Erwachsenengesellschaft mit ihren zunehmenden Anforderungen gelingt, oder ob sie an diesen Anforderungen scheitern und in Perspektivlosigkeit, Zukunftsangst, Dauerarbeitslosigkeit und Abhängigkeit von Sozialhilfe, in Subkulturen, Kriminalität, Drogenmilieu und Prostitution abrutschen.[20]

7.10 § 42 SGB VIII - Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

Die Vorschrift steht im Dritten Kapitel (Andere Aufgaben der Jugendhilfe) am Anfang des Ersten Abschnitts über **Vorläufige Maßnahmen** zum **Schutz von Kindern und Jugendlichen**.

Inobhutnahme ist nach **§ 42 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII** die vorläufige Unterbringung eines Kindes oder eines Jugendlichen, insbesondere bei einer geeigneten Person oder in einer Einrichtung. Das Jugendamt ist verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn eine „**dringende Gefahr für das Wohl“** des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert (§ 43 Abs. 3 Satz 1 SGB VIII).

Voraussetzung der Inobhutnahme ist die **Gefährdung** des Kindeswohles, zu deren **Abwehr** die Eltern aus zeitlichen oder räumlichen Gründen nicht imstande sind. Um deshalb das Kindeswohl in solchen Gefahrensituationen effektiv zu schützen, erhält das Jugendamt Befugnisse zum Eingriff in die elterliche Sorge. **Gefährdungssituationen** verlangen nicht nur **rechtliche Befugnisse**, sondern vor allem auch eine **sozialpädagogische Krisenintervention**.

---

[20]) Wiesner, aaO., § 41 Rn. 6.

Weglaufen von zu Hause, aus der Pflegestelle oder dem Heim verweist auf individuelle Beziehungskonflikte. Besondere Bedeutung hat die Krisenintervention im Hinblick auf Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sowie sexuellen Missbrauch.[21]

7.11 § 43 SGB VIII - Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten

Hält sich ein Kind oder ein Jugendlicher bei einer anderen Person oder in einer Einrichtung auf und werden Tatsachen bekannt, die die Annahme rechtfertigen, dass die Voraussetzungen für eine **Gefährdung des Kindeswohles** vorliegen, so ist das Jugendamt „bei **Gefahr** im **Verzug**" nach § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII befugt, das Kind oder den Jugendlichen von dort zu entfernen und bei einer geeigneten Person oder in einer Einrichtung vorläufig unterzubringen.

Der staatliche Eingriff zum Schutz des Kindes oder des Jugendlichen im Rahmen seines Wächteramtes wird hier im Vergleich zu § 42 SGB VIII weiter vorverlagert und umfasst bereits die Befugnis des Jugendamtes, das Kind oder den Jugendlichen bei Gefahr im Verzug von einem gefährdenden Ort zu entfernen. Eine Gefährdung ist gegeben bei einer gegenwärtigen oder zumindest nahe bevorstehenden **Gefahr** für das **körperliche, geistige oder seelische Wohl** des Kindes oder des Jugendlichen.[22]

7.12 § 44 SGB VIII - Pflegeerlaubnis

Die Vorschrift steht im Dritten Kapitel (Andere Aufgaben der Jugendhilfe) am Anfang des Zweiten Abschnitts über **Schutz** von Kindern und Jugendlichen in **Familienpflege** und in **Einrichtungen**.

Wer ein Kind oder einen Jugendlichen außerhalb des Elternhauses in seiner Familie regelmäßig betreuen oder ihm Unterkunft gewähren will (Pflegeperson), bedarf **nach § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII** der Erlaubnis. Die **Erlaubnis** ist zu **versagen**, wenn das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen in der Pflegestelle „nicht gewährleistet" ist (§ 44 Abs. 2 SGB VIII). Ist das **Wohl des Kindes** oder des Jugendlichen in der Pflegestelle **„gefährdet"** und ist die Pfle-

---

[21]) Wiesner, aaO., § 42 Rn. 5, 6.
[22]) Wiesner, aaO., § 43 Rn. 1, 8.

geperson nicht bereit oder in der Lage, die „Gefährdung abzuwenden“, so ist die Erlaubnis zurückzunehmen oder zu widerrufen(§ 44 Abs. 3 Satz 2 SGB VIII).

Die Vorschrift ist von dem Grundgedanken bestimmt, dass es **besonderer Schutzvorkehrungen** bedarf, wenn Kinder und Jugendliche über längere Zeit außerhalb ihres Elternhauses untergebracht und betreut werden.[23]

7.13 § 45 SGB VIII - Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

Der Träger einer Einrichtung, in der Kinder und Jugendliche ganztätig oder für eine Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, bedarf nach **§ 45 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII** für den Betrieb der Einrichtung der Erlaubnis. Die **Erlaubnis** ist zu **versagen**, wenn die Betreuung der Kinder oder der Jugendlichen durch geeignete Kräfte „nicht gesichert“ oder in sonstiger Weise das **Wohl der Kinder** oder der Jugendlichen in der Einrichtung **„nicht gewährleistet“** ist (§ 45 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). Die Erlaubnis ist zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn das Wohl der Kinder oder der Jugendlichen in der Einrichtung **„gefährdet“** und der Träger der **Einrichtung** nicht bereit oder in der Lage ist, die **„Gefährdung abzuwenden“** (§ 45 Abs. 2 Satz 4 SGB VIII).

Mit dem **Erlaubnisvorbehalt** für den Betrieb von Einrichtungen setzt der Gesetzgeber einen **präventiven Schwerpunkt** innerhalb der Bestimmungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen (§§ 45 bis 49), der herkömmlich als **Heimaufsicht** bezeichnet wird. Möglichen **Gefahren** für das Wohl der betreuten Kinder und Jugendlichen soll nicht erst durch repressive Maßnahmen, wie die Betriebsschließung, begegnet werden. Vielmehr soll bereits vor der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in die Einrichtung die Eignung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen geprüft und die Beachtung von Mindestanforderungen festgestellt werden.[24]

Eine deutlich **präventive Orientierung** hat in diesem Zusammenhang **auch** die Zuständigkeitsnorm des **§ 85 Abs. 2 Nr. 7 SGB VIII** mit der Aufgabe der überörtlichen oder örtlichen Träger der Jugendhilfe zur „**Beratung der Träger** von Einrichtungen während der Planung und Betriebsführung“.[25]

---

[23]) Wiesner/Mörsberger, aaO., vor § 44 Rn. 4.
[24]) Wiesner/Mörsberger, aaO., § 45 Rn. 1.
[25]) Wiesner/Mörsberger, aaO., § 45 Rn. 4.

7.14 § 50 SGB VIII - Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten

Die Vorschrift steht im Dritten Kapitel (Andere Aufgaben der Jugendhilfe) am Anfang des Dritten Abschnitts über Mitwirkung im gerichtlichen Verfahren.

Das **Jugendamt unterstützt** das **Vormundschaftsgericht** und das **Familiengericht** bei allen Maßnahmen, die die Sorge für die Person von Kindern und Jugendlichen betreffen. Hält das Jugendamt zur **„Abwendung einer Gefährdung“** des Wohls des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Gerichts für erforderlich, so hat es nach **§ 50 Abs. 3 Satz 1 SGB VIII** das Gericht anzurufen.

Eine Pflicht des Jugendamtes, das Gericht anzurufen ist insbesondere dann gegeben, wenn die Personensorgeberechtigten es ihrerseits unterlassen, geeignete Initiativen zum **Abbau der Gefährdung** einzuleiten oder selbst die Ursache der Gefährdung sind (z.B. Kindesvernachlässigung).[26]

7.15 § 81 SGB VIII - Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen

Die **Träger der öffentlichen Jugendhilfe** haben mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, zusammenzuarbeiten, insbesondere mit Schulen (Nr. 1) und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Nr. 3). Damit wird die kontraproduktive Regel, dass das **Jugendamt** ausschließlich für **Erziehungsfragen** und das **Gesundheitsamt** für die **Gesundheit** zuständig ist, abgemildert und eine **kooperative Gestaltung** spezieller Angebote ermöglicht.[27]

---

[26]) Wiesner/Mörsberger, aaO., § 50 Rn. 72.
[27]) Rothenburg, aaO., 327.

8. Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung

8.1 § 5 SGB XI - Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Prävention und Rehabilitation gehören grundsätzlich nicht zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Die **Pflegekassen** sind dafür **keine zuständigen Träger**, was teilweise als ein wesentlicher Nachteil der gesetzlichen Regelung angesehen wird.[1] Die Leistungsträger, die für die Prävention und Rehabilitation zuständig sind (z.B. Krankenkassen), haben durch die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit selbst keinen finanziellen Vorteil und damit keinen Anreiz zum Handeln, da die wirtschaftlichen Folgen unzureichender Prävention und Rehabilitation von der Pflegeversicherung zu tragen sind. Ohne Präventionsauftrag ist für Regelungen zur Prävention als autonomes Recht in den Satzungen der Pflegekassen (§ 47 SGB XI) kein Raum, das SGB XI ergänzende Bestimmungen der Pflegekassen sind nicht möglich.

Die Pflegekassen können nur **„bei Gefahr im Verzug“** vorläufig Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen **(§ 32 Abs. 1 SGB XI)**. Gleichwohl sind die Pflegekassen gehalten, sich bei der Gewährung von Leistungen mit den Fragen der Prävention und der Rehabilitation zu befassen. Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit bestehen zwischen den Zielen von **Prävention** und **Rehabilitation keine großen Unterschiede**. Wesentlich ist in beiden Fällen der Gedanke der **Vermeidung drohender Pflegebedürftigkeit** bzw. der Beeinflussung des bestehenden Zustandes nach eingetretener Pflegebedürftigkeit durch Prävention und Rehabilitation.[2]

Der Zweck der Vorschrift ist **präventiv ausgerichtet** und verfolgt neben humanitären Aspekten (Verbesserung der Lebensqualität) auch das wirtschaftliche Ziel, die Solidargemeinschaft der Pflegeversicherung so wenig wie möglich finanziell in Anspruch zu nehmen.[3]

Die Pflegekassen haben bei den zuständigen Leistungsträgern nach **§ 5 Abs. 1 SGB XI** darauf hinzuwirken, dass frühzeitig „alle geeigneten Leistungen der **Prävention**, der Krankenbe-

---

[1]) Leitherer, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4 - Pflegeversicherungsrecht, § 15 RdNr. 57 m.w.N.
[2]) Leitherer, aaO., § 15 RdNr. 59.
[3]) Leitherer, aaO., § 15 RdNr. 58 m.w.N.

handlung und zur medizinischen Rehabilitation“ eingeleitet werden, um den „Eintritt der **Pflegebedürftigkeit** zu **vermeiden**“. Als Leistungsträger in Betracht kommen primär die gesetzlichen Träger der Krankenversicherung (§ 11 Abs. 1 und 2 SGB V), der Rentenversicherung und der Unfallversicherung, daneben aber auch die Träger der sozialen Entschädigung sowie die Träger der Jugendhilfe und der Sozialhilfe.

Eine **Kommunikationsebene** ist für die betroffenen Träger im Gesetz **nicht** vorgesehen. Nach dem Vorbild anderer Bücher des Sozialgesetzbuches könnte für die Zukunft an die gesetzliche Ermächtigung oder Verpflichtung der betroffenen Träger zu einer Kooperationsvereinbarung (vgl. § 371a SGB III) oder die gesetzliche Ermächtigung oder Verpflichtung zur Bildung einer Arbeitsgemeinschaft (vgl. § 12 Abs. 2 SGB IX) gedacht werden.

Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Leistungsträger im Rahmen ihres Leistungsrechts gemäß **§ 5 Abs. 2 SGB XI** ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die **Pflegebedürftigkeit** zu überwinden und „zu mindern sowie eine **Verschlimmerung** zu **verhindern**“. Adressat dieser Vorschrift sind nicht die Pflegekassen, sondern unmittelbar die Leistungsträger. Die Regelung steht in engem Zusammenhang mit dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 31 SGB XI). Ziel der Regelung ist, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit günstig zu beeinflussen (z.B. Krankengymnastik bei Lähmungen nach Schlaganfall) und dadurch die Abhängigkeit von fremder Hilfe zu verringern.

8.2 § 6 SGB XI - Eigenverantwortung

Die Vorschrift korrespondiert nach Inhalt und Aufbau mit § 5 SGB XI über den Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit.

Die Versicherten sollen nach **§ 6 Abs. 1 SGB XI** vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI) durch **gesundheitsbewusste Lebensführung**, durch frühzeitige Beteiligung an **Vorsorgemaßnahmen**(z.B. §§ 23, 24 SGB V) und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung (z.B. §§ 27 ff. SGB V) und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. § 26 Abs. 2 SGB IX) dazu beitragen, „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“.

Für die gesetzliche Krankenversicherung enthält § 1 Satz 2 SGB V eine fast gleichlautende Pflicht der Versicherten („Krankheit und Behinderung zu vermeiden“).

Nach eingetretener Pflegebedürftigkeit haben die versicherten Pflegebedürftigen gemäß **§ 6 Abs. 2 SGB XI** an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. § 26 Abs. 2 SGB IX) und der aktivierenden Pflege (§ 28 Abs. 4 SGB XI) mitzuwirken, um zum einen die Pflegebedürftigkeit zu überwinden und zum anderen **vorbeugend** die Pflegebedürftigkeit „zu mindern oder eine **Verschlimmerung** zu **verhindern**".

Ein Verstoß der Versicherten gegen die Pflicht zum eigenverantwortlichen Handeln hat im Bereich des SGB XI keine nachteiligen Rechtsfolgen. Das **SGB XI** enthält **keine Sanktionen**.[4] § 66 Abs. 2 SGB I über die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 62 bis 65 SGB I) bei Sozialleistungen wegen Pflegebedürftigkeit, nämlich Versagung oder Entzug der Leistungen, bezieht sich ausdrücklich nur auf die dort exakt begrenzte Mitwirkung gem. §§ 62 – 65 SGB I und nicht auf eine eigenverantwortliche Mitwirkung bei der Prävention.[5]

8.3 § 7 SGB XI - Aufklärung, Beratung

Die Pflegekassen haben nach **§ 7 Abs. 1 SGB XI** die Eigenverantwortung der Versicherten durch eigene (allgemeine) **Aufklärung** und **Beratung** über eine gesunde, der **Pflegebedürftigkeit „vorbeugende Lebensführung"** zu unterstützen und auf die Teilnahme an „gesundheitsfördernden Maßnahmen" hinzuwirken. Aufklärung beinhaltet die abstrakt-generelle Unterrichtung durch gedruckte (Zeitungen, Merkblätter, Broschüren), akustische (Rundfunk) und audio-visuelle (Filme) Informationsmittel. Beratung ist die Erteilung von Rat im Einzelfall.[6] Beratungsbedarf besteht in zeitlicher Hinsicht erst, „wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder festgestellt wird".[7]

Die Vorschrift begründet keinen Rechtsanspruch einzelner Versicherter auf bestimmte Maßnahmen.[8]

---

[4]) Trenk-Hinterberger, in Wannagat, Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, § 6 Rn. 7 u. 9.
[5]) ähnlich Trenk-Hinterberger, aaO., § 6 Rn. 10; Wagner, in Hauck/Noftz, SGB XI - Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, § 6 Rn. 9. Weitergehend Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Kommentar, § 6 Rn. 2: auch Prävention.
[6]) Trenk-Hinterberger, aaO., § 7 Rn. 4, Kommentar, § 6 Rn. 2.
[7]) Wilde, in Hauck/Noftz, aaO., § 7 Rn. 13 unter Hinweis auf den Wortlaut der Gesetzesbegründung.
[8]) Trenk-Hinterberger, aaO., § 7 Rn. 7.

Die Vorschrift steht im **Zusammenhang** mit dem **Vorrang von Prävention** und Rehabilitation (§ 5 SGB XI) und der **Eigenverantwortung** der Versicherten (§ 6 SGB XI). Eine vergleichbare Vorschrift besteht für die gesetzliche Krankenversicherung in § 20 Abs. 1 SGB V über Leistungen zur primären Prävention.

Die Pflegekassen haben nach **§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI** die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner bei zu **erwartender** oder eingetretener **Pflegebedürftigkeit** in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu **unterrichten** und zu **beraten**. Es handelt sich um einen gegenüber der allgemeinen Beratungspflicht der Leistungsträger (§ 14 SGB I) gesteigerten Unterrichtungs- und Beratungsauftrag. Zu den **Leistungen** und Hilfen **anderer Träger** gehört auch die **Prävention**, insbesondere der Träger der Kranken- und Rentenversicherung.

Mit Einwilligung des Versicherten haben nach **§ 7 Abs. 2 Satz 3 SGB XI** der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die **Sozialleistungsträger** unverzüglich die zuständige **Pflegekasse** zu benachrichtigen, wenn sich „der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird". Damit ist bei **zu erwartender Pflegebedürftigkeit** ein möglichst frühzeitiger Beginn der Beratung über **Präventionsleistungen anderer Träger** gewährleistet.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird durch den Antrag des Versicherten auf eine Leistung ausgelöst (§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI i.V.m. § 19 Satz 1 SGB IV). Durch die Mitteilung von dem behandelnden Arzt, vom Krankenhaus oder von Sozialleistungsträgern beginnt allerdings bei der Pflegekasse noch kein Verwaltungsverfahren (§ 8 SGB X). Wenn die Gesetzesbegründung davon spricht, dass die Pflegekasse schon dann tätig zu werden hat, wenn sie von dritter Seite erfährt, dass Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist, kann die Pflegekasse eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht veranlassen, da der Antrag des Versicherten fehlt. Die Pflegekasse kann aber bei dem Versicherten von sich aus im Wege der Beratung (§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) eine Antragstellung anregen. Wird der erforderliche Antrag dennoch nicht gestellt, muss die Pflegekasse letztlich untätig bleiben.[9]

[9]) Trenk-Hinterberger, aaO., § 18 Rn. 4 m.w.N.

Die **Rechtslage** ist **unbefriedigend**, kann es doch zu Pflegeleistungen kommen, die bei rechtzeitiger **Prävention** oder Rehabilitation des Versicherten zu vermeiden oder zu mindern gewesen wären. Für die Zukunft sollte im Falle einer Mitteilung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 SGB XI der Pflegekasse ein Recht zum Tätigwerden von Amts wegen eingeräumt werden (vgl. § 19 Satz 2 SGB X für die gesetzliche Unfallversicherung).

8.4 § 18 SGB XI - Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Vorschrift steht im Zweiten Kapitel über den leistungsberechtigten Personenkreis.

Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfung hat der **Medizinische Dienst** nach **§ 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI** auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang „Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder **Verhütung** einer **Verschlimmerung** der **Pflegebedürftigkeit**“ einschließlich der vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Damit wird der allgemeine (§ 5 SGB XI) und leistungsrechtliche (§ 31 SGB XI) Vorrang „Rehabilitation vor Pflege“ auch verfahrensmäßig abgesichert.[10]

Die Vorschrift nennt - anders als § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V für die Krankenversicherung - **nicht** die Leistungen zur **Vermeidung von Pflegebedürftigkeit** (Prävention), sondern spricht von Verhütung nur im Zusammenhang mit den Leistungen bei Verschlimmerung einer bereits eingetretenen Pflegebedürftigkeit (§ 31 Abs. 1 und 2 SGB XI). Der **Medizinische Dienst** der Krankenkassen prüft **sinnvollerweise** aber **auch**, ob und wie **drohende Pflegebedürftigkeit** vermieden werden kann.[11]

---

[10]) Wilde, aaO., § 18 Rn. 12.

[11]) Wilde, aaO., § 18 Rn. 12. Siehe auch Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi), Ziff. 5.9 („Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention”); Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (Begutachtungs-Richtlinien - BRi), Ziff. 7.1.

8.5 § 28 SGB XI - Leistungsarten, Grundsätze

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen der Pflegeversicherung) im Ersten Abschnitts mit der Übersicht über die Leistungen.

Die Pflege soll nach **§ 28 Abs. 4 Satz 1 SGB XI** auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um „vorhandene Fähigkeiten zu erhalten“ und, soweit dies möglich ist, „verlorene Fähigkeiten zurückgewinnen“. Damit wird als ein wesentliches Ziel der Pflegeleistungen der **Grundsatz der aktivierenden Pflege** zum Ausdruck gebracht. Es ist dahin zu verstehen, dass Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit des Pflegebedürftigen zu unterstützen sind und der Pflegebedürftige zur Mithilfe bei der Ausführung der Leistungen anzuleiten ist.[12]

Aktivierende Pflege ist bereits angesprochen bei der Eigenverantwortung des Versicherten (§ 6 Abs. 2 SGB XI), bei den Pflichten der Pflegeeinrichtungen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) und sinngemäß beim Begriff der Hilfebedürftigkeit (§ 14 Abs. 3 SGB XI: „eigenständige Übernahme der Verrichtungen“). Der Grundsatz der aktivierenden Pflege steht ferner im Zusammenhang dem Grundsatz der Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB XI: Kräfte der Pflegebedürftigen „zu erhalten“).

Die aktivierende Pflege ist **keine eigenständige Leistung**, sondern integraler Bestandteil aller zu gewährenden Pflegeleistungen (§§ 36 bis 45 SGB XI). Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit sind ausschließlich von den Pflegekassen und nicht von den Trägern der Krankenversicherung zu erbringen (Konkurrenzregelung in § 11 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Um der **Gefahr** der „**Vereinsamung des Pflegebedürftigen** entgegenzuwirken“, sollen nach **§ 28 Abs. 4 Satz 2 SGB XI** bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden (z.B. Gespräche mit ehrenamtlich Tätigen sozialer Dienste). Kommunikation soll die Bemühungen des Pflegebedürftigen unterstützen, seine Situation zu verbessern (vgl. § 6 Abs. 2 SGB XI). Die Förderung der Kommunikation gehört jedoch **nicht** zu den von den Pflegekassen zu gewährenden **Leistungen**.[13]

---

[12]) Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, KassKomm-Leitherer, § 28 SGB XI RdNr. 25 m.w.N.
[13]) KassKomm-Leitherer, § 28 SGB XI RdNr. 27.

8.6 § 31 SGB XI - Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen der Pflegeversicherung) im Zweiten Abschnitt über die gemeinsamen Vorschriften.

Die Pflegekassen haben nach **§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB XI** im Einzelfall zu prüfen, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, „**Pflegebedürftigkeit** zu überwinden, zu mindern oder ihre **Verschlimmerung** zu **verhüten**". Den Pflegekassen werden damit im Verhältnis zu den Pflegebedürftigen bestimmte Prüfungspflichten auferlegt. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass es in vielen Fällen auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit noch möglich ist, den eingetretenen **Zustand** durch Rehabilitation oder ergänzende Leistungen **günstig** zu **beeinflussen** (zur Rehabilitation vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit vgl. §§ 5 Abs. 1, 6 Abs. 1 SGB XI). Die Prüfung der Pflegekasse führt nicht zu einer Festlegung bestimmter Maßnahmen, sondern zu einem Vorschlag, welche Maßnahmen in Betracht kommen können.[14]

Die Vorschrift steht in **Verbindung** mit gleichartigen Zielen in Absatz 2 (Zusammenarbeit) sowie § 5 Abs. 2 SGB XI **(Vorrang von Rehabilitation)**, § 6 Abs. 2 SGB XI (Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen), § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI (Aufgaben des Medizinischen Dienstes) und § 32 Abs. 1 SGB XI (**Vorläufige Leistungen** zur Rehabilitation).

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen nach eingetretener Pflegebedürftigkeit selbst gehören nicht zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, sondern sind in der Regel Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die **Pflegekasse** hat in diesem Zusammenhang gegenüber den Trägern der Rehabilitation eine **Mitteilungspflicht** (§ 31 Abs. 3 SGB XI).

Die Pflegekassen haben nach **§ 31 Abs. 2 SGB XI** bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege (§§ 36 ff. SGB XI) sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung (§ 7 SGB XI) mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um „**Pflegebedürftigkeit** zu **vermeiden**, zu überwinden, zu mindern oder ihre **Verschlimmerung** zu **verhüten**". Die Zusammenarbeit umfasst sowohl das „Vorfeld" vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit als auch die Zeit danach.

---

[14]) KassKomm-Leitherer, § 31 SGB XI RdNr. 10 m.w.N.; Rehberg, in Hauck/Noftz, aaO., § 31 Rn. 8.

Die Regelung konkretisiert die allgemeinen Pflichten zur **Zusammenarbeit** der Pflegekassen **(§ 5 SGB XI)** und der Leistungsträger allgemein **(§ 15 Abs. 3 SGB I**: Auskunftsstellen) sowie insbesondere **§ 86 SGB X** über die Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander.

8.7 § 32 SGB XI - Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Pflegekasse hat nach **§ 32 Abs. 1 SGB XI** vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (in der Regel der Krankenversicherung) zu erbringen, wenn kumulativ eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar „**drohende Pflegebedürftigkeit** zu **vermeiden**, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine **Verschlimmerung** der Pflegebedürftigkeit zu **verhüten**“, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.

Die vorläufigen Maßnahmen der Pflegekasse zur medizinischen Rehabilitation (z.B. § 40 SGB V) sollen einen Zeitverlust ausschalten, der für den Erfolg der medizinischen Rehabilitation schädlich sein könnte. Die Voraussetzung der **Gefährdung** muss zusätzlich zum Erfordernis der Beeinflussung der Pflegebedürftigkeit vorliegen („und sonst“). Die Regelung liegt vor allem im (finanziellen) Interesse der Pflegekasse, um Pflegeleistungen abzuwenden oder zu verringern. Sie dient darüber hinaus aber auch dem Interesse des pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherten an **schneller Hilfe**, wobei dieser allerdings ebenso gut selbst unmittelbar bei dem zuständigen Rehabilitationsträger auf Maßnahmen zur Rehabilitation drängen kann.

8.8 § 40 – Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen der Pflegeversicherung) im Dritten Abschnitt über die Leistungen im Einzelnen.

Pflegebedürftige haben nach **§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI** Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, unter anderem wenn sie zur „Linderung der Beschwerden“ des Pflegerbedürftigen beitragen oder ihm eine „selbständigere Lebensführung“ ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern (z.B. Unfallversicherung, Versorgungsverwaltung) zu leisten sind. Linderung der Beschwerden und selbständigere Lebensführung haben zum Ziel, die

Auswirkungen der **Pflegebedürftigkeit** zu **mildern**. Die entsprechenden Hilfsmittel verfolgen insoweit einen **präventiven Zweck**.

Der Begriff **Pflegehilfsmittel** ist ein Oberbegriff. Zu unterscheiden sind zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z.B. Desinfektionsmittel, Einlagen) und technische Hilfsmittel (z.B. Pflegebetten, Notrufanlagen), wie sich aus den Absätzen 2 und 3 ergibt.

8.9 § 45 SGB XI - Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die Vorschrift steht im Vierten Kapitel (Leistungen der Pflegeversicherung) im Vierten Abschnitt über Leistungen für Pflegepersonen.

Die Pflegekassen sollen nach **§ 45 Abs. 1 Satz 1 SGB XI** für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um unter anderem „Pflege und Betreuung zu verbessern“ sowie pflegebedingte körperliche und seelische „**Belastungen** zu **mindern**“.

Die Kurse haben zum Ziel, die Kenntnisse vermitteln oder vertiefen, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig und hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander sowie die Beratung über Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen können Gegenstand der Kurse sein.[15]

Die Kurse richten sich an die **häuslichen Pflegepersonen**. Den **Nutzen** haben die **Pflegebedürftigen**, da durch eine erfolgreiche Schulung der Pflegekräfte die Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der **Prävention** gemildert werden.

Die Vorschrift verpflichtet nur die Pflegekassen, nicht die Unternehmen der **privaten Pflegeversicherung**. Dieses **Defizit** sollte für die Zukunft beseitigt werden, indem die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung wie die Pflegekassen in § 45 SGB XI gesetzlich verpflichtet werden, Pflegekurse anzubieten.

---

[15]) KassKomm-Gürtner, § 45 RdNr. 3 unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung.

8.10 § 94 SGB XI - Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

Die Vorschrift steht im Neunten Kapitel (Datenschutz und Statistik) im Ersten Abschnitt über Informationsgrundlagen.

Die Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nach **§ 94 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI** unter anderem erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die „Beratung über Leistungen zur **Prävention**“ und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7 SGB XI) erforderlich ist.

Die Regelung steht ausdrücklich in Verbindung mit der Beratungspflicht der Pflegekassen (§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) gegenüber den Versicherten und ihren Angehörigen und Lebenspartnern über alle mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen. Die Bemühungen der Pflegekassen um eine frühzeitige und erfolgreiche **Prävention** werden damit **datenschutzrechtlich unterstützt**.

Beratung gehört auch zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. § 1 Satz 3 SGB V). Die Verwendung von Daten ist für die Krankenversicherung jedoch weder in § 284 SGB V noch durch eine andere Vorschrift geregelt. Für die Pflegekassen ist die Verpflichtung zur **Beratung** in **§ 7 SGB XI** konkreter als in § 1 Satz 3 SGB V beschrieben und zudem bereits für die Zeit vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit **(„vorbeugend“, „gesundheitsfördernd“)** vorgesehen.[16] Eine entsprechende Ergänzung des SGB V wäre zweckmäßig.

8.11 § 98 SGB XI - Forschungsvorhaben

Die **Pflegekassen** dürfen nach § 98 Abs. 1 SGB XI mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- und fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben **selbst** auswerten und zur Durchführung eines Forschungsvorhabens über die sich aus § 107 SGB XI ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.

Die Vorschrift bezieht sich auf die **interne Forschung** der Pflegekassen und schließt die Auswertung von Daten im Hinblick auf **präventive Ziele** ein. Die Regelung entspricht § 287 SGB V für die Krankenversicherung.

---

[16]) Hasenpusch, in Hauck/Noftz, aaO., § 94 Rn. 12.

8.12 § 109 SGB XI - Pflegestatistiken

Die Vorschrift steht im Neunten Kapitel (Datenschutz und Statistik) im Vierten Abschnitt über die Statistik.

Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung für Zwecke des SGB XI **jährliche Erhebungen** über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegender als Bundesstatistik anordnen. Die Bundesstatistik kann dabei nach **§ 109 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI SGB** als Sachverhalt „die Leistungen zur **Prävention** und Teilhabe“ umfassen.

9. Bundesversorgungsgesetz (BVG)

9.1 Soziale Entschädigung

Das Recht der sozialen Entschädigung zielt darauf ab, demjenigen einen Ausgleich zu gewähren, der einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in **Abgeltung eines besonderen Opfers** (z.B. Wehr- oder Zivildienst) oder aus anderen Gründen (z.B. Impfschaden) einzustehen hat (§ 5 Abs. 1 SGB I). Entwickelt hat sich das Recht der sozialen Entschädigung aus der Kriegsopferversorgung nach dem **Bundesversorgungsgesetz**.

Der Anwendungsbereich des BVG ist dadurch erheblich ausgeweitet worden, dass **in zahlreichen anderen Gesetzen auf das BVG Bezug genommen** wird. Es sind dies im Wesentlichen das Soldatenversorgungsgesetz **(SVG)**, Bundesgrenzschutzgesetz **(BGSG)**, Zivildienstgesetz **(ZDG)**, Infektionsschutzgesetz **(IfSG)** Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten **(OEG)**, Häftlingshilfegesetz **(HHG)**.

Das BVG und die daran anschließenden anderen Gesetze sind als besondere Teile in das Sozialgesetzbuch einbezogen **(§ 68 Nr. 7 SGB I)**.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Entschädigung ist der Eintritt eines **Versorgungsfalles**. Wer einen Gesundheitsschaden erleidet hat ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit (§ 5 Nr. 1 SGB I). In Anspruch genommen werden können Heil- und Krankenbehandlung sowie andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit (§ 24 Abs. 1 Nr. 1 SGB I).

Anders als die gesetzliche Unfallversicherung sind die Leistungsträger **nicht** für **eigenständige Maßnahmen der Unfallverhütung** zuständig. Für einen Bereich wie beispielsweise die Kriminalopferentschädigung scheidet eine solche Aufgabe naturgemäß von vornherein aus. Für den Wehrdienstbereich obliegt die Vorsorge gegen Unfälle unmittelbar der Bundeswehr.[1]

Mit den **Leistungen zur „Erhaltung“** und **„Besserung“ von Gesundheit** und Leistungsfähigkeit im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung hat die soziale Entschädigung aber **auch einen präventiven Ansatz**.

---

[1]) Vgl. Schulin/Igl, Sozialrecht, 6. Aufl., Rdnr. 836.

9.2 § 10 BVG - Zweck der Heil- oder Krankenbehandlung

Heilbehandlung wird Beschädigten nach **§ 10 Abs. 1 Satz 1 BVG** gewährt, um die Gesundheitsstörungen zu beseitigen und „zu bessern", eine Zunahme des Leidens „zu verhüten", **Pflegebedürftigkeit „zu vermeiden",** zu überwinden, „zu mindern" oder ihre **„Verschlimmerung zu verhüten"** und die Folgen der Schädigung „zu erleichtern".

Das Gleiche gilt für die Krankenbehandlung (§ 10 Abs. 4 Satz 1 BVG).[2] Wenn die **Verschlimmerung** eines Schädigungsleidens **droht**, sind **kurative Maßnahmen** erforderlich, um „eine **Zunahme des Leidens** zu **verhüten**", welche das Schädigungsleiden selbst betreffen.[3] Durchgeführt wird die Heil- und Krankenbehandlung in der Regel von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 18c ff. BVG).

Versehrtenleibesübungen werden Beschädigten nach **§ 10 Abs. 3 BVG** zur Wiedergewinnung und **„Erhaltung" der körperlichen Leistungsfähigkeit** gewährt; zumindest Letzteres hat präventiven Charakter.

Darüber hinaus besteht in konsequenter Ergänzung der kurativen Leistungen zur Heil- und Krankenbehandlung ein Anspruch nach **§ 10 Abs. 6 Satz 1 BVG** auf Leistungen zur **„Förderung der Gesundheit"** und zur „**Verhütung** und **Früherkennung von Krankheiten**". Der anspruchsberechtigte Personenkreis bestimmt sich nach den Absätzen 2, 4 und 5. Der Anspruch ist begrifflich nicht an die Berechtigung nach § 10 Abs. 1 BVG geknüpft, der sich ausschließlich auf Schädigungsfolgen bezieht. Die Leistungen nach Absatz 6 können **nicht schädigungsbedingt** erforderlich sein. Der Anspruch hat **präventiven Charakter** und betrifft den Zustand vor einer Erkrankung.[4]

Für die Leistungen selbst gelten nach **§ 10 Abs. 6 Satz 2 BVG** die Vorschriften über die Heil- und Krankenbehandlung entsprechend (1. Halbsatz); Absatz 1 **ist folgerichtig** ausgenommen, weil sich diese Regelung allein auf die Schädigungsfolgen bezieht und **präventive Ansprüche** von ihrem Inhalt her wegen Schädigungsfolgen **nicht** in Betracht kommen können.

---

[2]) Zur Identität von Heil- und Krankenbehandlung BSGE 80, 164.
[3]) Fehl, in Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, Kommentar, 7. Aufl., § 10 BVG RdNr. 25.
[4]) Fehl, aaO., § 10 BVG RdNr. 25.

Art und Umfang der Leistungen sind im BVG nicht geregelt.[5] Für Kurleistungen wird ausdrücklich auf §§ 11 Abs. 2 und 12 Abs. 3 und 4 BVG verwiesen (2. Halbsatz).

9.3 § 11 BVG - Umfang der Heilbehandlung

Soweit zum Zwecke der **Vorbeugung** medizinische Leistungen erforderlich sind, ergeben sich diese gemäß **§ 11 Abs. 1 Satz 2 BVG** nach den Vorschriften über die Leistungen der **Krankenkassen** an ihre Mitglieder. Die Formulierungen „Leistungen zur **Förderung** der Gesundheit und zur **Verhütung** von Krankheiten und „Leistungen zur **Früherkennung** von Krankheiten" sind identisch mit den Überschriften des Dritten und Vierten Abschnitts des Dritten Kapitels des SGB V. Umfasst werden auch Leistungen, welche die Krankenkassen aufgrund ihrer Satzung gewähren. Vorbeugende Leistungen ergeben sich im **SGB V** aus **§ 20** (Prävention und Selbsthilfe), **§§ 21 und 22** (Verhütung von Zahnerkrankengen - Gruppen- und Individualprophylaxe), **§ 23** (Medizinische Vorsorgeleistungen), **§ 24** (Medizinische Vorsorge für Mütter), **§ 25** (Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) und **§ 26** (Kinderuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten).[6]

Stationäre Behandlung in einer Kureinrichtung (Badekur) kann Beschädigten nach **§ 11 Abs. 2 Satz 1 BVG** gewährt werden, wenn sie notwendig ist, um den Heilerfolg „zu sichern" oder um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden **Verschlechterung des Gesundheitszustands**, einer Pflegebedürftigkeit oder einer Arbeitsunfähigkeit „**vorzubeugen"**. Badekuren zählen nicht zu den Leistungen der Heilbehandlung im engeren Sinne.

Zu den (mittelbar) vorbeugenden Maßnahmen im weiteren Sinne gehören die Belastungserprobung und die Arbeitstherapie nach **§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 BVG**. Die Belastungserprobung dient der Prüfung der Belastbarkeit von Körperorganen sowie des gesamten körperlichen und geistigen Leistungsvermögens. Mit der Arbeitstherapie sollen durch Krankheit verursachte **Funktionsstörungen** behoben, aber auch gebessert werden.[7] Im Rahmen der ergänzenden Leis-

---

[5]) Fehl, aaO., § 10 BVG RdNr. 25a.
[6]) Fehl, aaO., § 10 BVG RdNr. 25b und 25c.
[7]) Fehl, aaO., § 11 BVG RdNr. 45.

tungen nach **§ 11 Abs. 5 BVG** zählen dazu der **Rehabilitationssport** (§ 43 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX) sowie sonstige Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Nr. 1 SGB V).[8]

9.4 § 11a BVG - Versehrtenleibesübungen

Die Ausrichtung der sportlichen Maßnahmen auf Zwecke der Rehabilitation dient **präventiv** der **Erhaltung** und Besserung der körperlichen, geistigen und psychischen (seelischen) **Leistungsfähigkeit**; damit soll eine Verschlechterung vermieden werden. Durch Versehrtenleibesübungen[9] wird dem Beschädigten immer wieder das unmittelbare Erlebnis des Wertes der eigenen Leistung als **Grundlage für eine positive Einstellung zur Leistung in der Gemeinschaft und zum Leben** vermittelt.[10] Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft sollen dadurch ganzheitlich gestärkt werden.

9.5 § 12 BVG - Umfang der Krankenbehandlung

Ehegatten oder Lebenspartnern und Eltern von Pflegezulageempfängern sowie Personen, die die unentgeltliche Wartung und Pflege eines Pflegezulageempfängers übernommen haben, kann nach **§ 12 Abs. 3 Satz 1 BVG** eine Badekur gewährt werden, wenn die Badekur zur „Erhaltung ihrer Fähigkeit, den Beschädigten zu pflegen“, erforderlich ist. Im Übrigen können diese Personen eine Badekur nach **§ 12 Abs. 1 Satz 2 BVG** unter denselben Voraussetzungen wie der Beschädigte (§ 11 Abs. 2 Satz 1 BVG) erhalten.

9.6 § 25 BVG - Kriegsopferfürsorge

Leistungen der Kriegsopferfürsorge erhalten Beschädigte und Hinterbliebene zur **Ergänzung der übrigen Leistungen** nach dem **BVG** als besondere Hilfe im Einzelfall. Aufgabe der Kriegsopferfürsorge ist es nach § 25 Abs. 2 BVG, sich der Beschädigten und ihrer Familienmitglieder sowie der Hinterbliebenen in allen Lebenslagen anzunehmen, um die **Folgen der Schädigung**

---

[8]) Fehl, aaO., § 11 BVG RdNr. 66.
[9]) VersehrtenleibesübungenVO (VÜbV) v. 29.7.1981 BGBl. I, S. 779.
[10]) Vgl. BSGE 39, 78, 80 f.

oder des Verlustes des Ehegatten, Elternteils, Kindes oder Enkelkinds angemessen auszugleichen oder - mit **präventivem Ansatz** - „zu **mildern**“.[11]

Die Leistungen sind ähnlich wie die Leistungen der Sozialhilfe (BSHG) gestaltet. Die Kriegsopferfürsorge nimmt rechtlich eine Mittelstellung zwischen sozialer Entschädigung im engeren Sinne und Sozialhilfe ein.[12]

Erbracht werden unter anderem folgende Leistungen:

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zu denen auch Hilfen zur „Erhaltung“ einer selbständigen Existenz gehören **(§ 26 Abs. 3 BVG)**,
- Altenhilfe, um Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu überwinden oder „zu mildern“ und Beschädigten im Alter die Möglichkeiten „zu erhalten“, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen **(§ 26e Abs. 1 BVG)**,
- Wohnungshilfe als Mitwirkung bei der Beschaffung und „Erhaltung“ ausreichenden und **gesunden Wohnraums** (§ 27c BVG) und
- Hilfe in besonderen Lebenslagen für Beschädigte und Hinterbliebene zum Aufbau oder zur **„Sicherung“ der Lebensgrundlage** (§ 27d Abs. 1 Nr. 1 BVG), also mit dem Ziel, ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu verhindern.

---

[11]) Vgl. zu den Leistungen ausführlich Kriegsfürsorge-Verordnung (KfürsV) v. 16.1.1979 BGBl I 1979, 80.
[12]) Schulin/Igl, aaO., Rdnr. 855.

10. Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

10.1 § 1 BSHG – Inhalt und Aufgabe

Diese Regelung steht in engem **Zusammenhang** mit **§ 1 SGB I** (Aufgaben des Sozialgesetzbuches), **§ 9 SGB I** (Sozialhilfe) sowie **§ 28 SGB I** (Leistungen der Sozialhilfe). Alle diese Vorschriften zusammen – und zuzüglich die „besonderen Bestimmungen des BSHG – sagen etwas über die **Zielsetzung** des **Sozialhilferechts** aus.

Dieser Regelungsbereich kann gleichsam dem Grunde nach als **Präventionsgesetz** insoweit bewertet werden, als die Leistungen der Sozialhilfe insgesamt **Armut verhindern** sollen; diesem Ziel dienen insbesondere die Leistungen im Rahmen der **„Hilfe zum Lebensunterhalt“**[1].

Aber auch die Leistungen im Rahmen der **„Hilfe in besonderen Lebenslagen“**[2] enthalten zu einem nicht geringen Umfang **präventive Zielsetzungen** und Inhalte.

Die in **§ 1 Abs. 2 BSHG** genannte Aufgabe der Sozialhilfe, „dem Empfänger die Hilfe zur Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“, geht von der Vorstellung aus, dass **ohne** die **sozialrechtlichen Hilfen** insgesamt ein **menschenwürdiges Leben nicht möglich** ist. Angesichts der Bedeutung der Menschenwürde in der deutschen Rechtsordnung ist ersichtlich, welche Wertigkeit diesen Hilfen zuzuordnen ist, die der **Vermeidung** eines menschenunwürdigen Lebens dienen sollen.

In **§ 1 Abs. 2 Satz 2, 2.Halbsatz BSHG** wird die **Pflicht** des Sozialhilfeempfängers **zur Mitwirkung** erwähnt und besonders **hervorgehoben**; dieser muss **„nach seinen Kräften“** dafür sorgen, dass die Leistungen der Sozialhilfe, auch die mit präventiver Zielsetzung, ihre Wirkung erzielen.

10.2 § 5 BSHG – Einsetzen der Sozialhilfe

Sozialhilfe wird (was zuweilen nicht bekannt ist) **von Amts wegen** gewährt; sie „setzt ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen“[3].

Damit ist an sich **verfahrensmäßig sichergestellt**, dass die – auch **präventiv** angelegten – Leistungen **möglichst frühzeitig** gewährt werden. Der Verzicht auf das Erfordernis eines Antrages schließt allerdings nicht aus – und dies ist auch überall geübte Praxis -, dass der Hilfesuchende (wenn er einen Anspruch geltend macht) vor der Gewährung von Leistungen zumindest materieller Hilfen umfangreiche **Formulare** selbst ausfüllt oder dem **Sachbearbeiter** dazu **Angaben** machen muss[4].

Letztlich dient der Verzicht auf ein förmliches Antragsverfahren der Sicherstellung der **Soforthilfe** angesichts der Tatsache, dass Sozialhilfe – wie bereits gesagt – in **Notständen** eingreift, bei denen Einzelne entweder unmittelbar **existenziell** oder im Hinblick auf ein **menschenwürdiges Leben** gefährdet sind[5]. Das **präventive Anliegen** auch des BSHG wird damit **verfahrensrechtlich** wirksam **verstärkt**.

10.3 § 6 BSHG – Vorbeugende Hilfe, nachgehende Hilfe

Diese Vorschrift spricht ausdrücklich von einer „dem **Einzelnen** drohenden **Notlage**“, die durch Sozialhilfe ganz oder teilweise auch vorbeugend abgewendet werden kann; § 6 Abs. 1 BSHG geht der Sonderbestimmung des § 37 Abs. 2 BSHG (Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten) vor.

Damit ist in allen Notlagen, die dem Sozialhilfeträger bekannt sind, zu prüfen, ob Hilfe auch vorbeugend gewährt werden soll. Damit wird das **präventive Grundanliegen** des **BSHG** dergestalt verstärkt, dass das Einsetzen der **Hilfe** auf einen **denkbar frühen Zeitpunkt** vorverlegt wird, in dem möglicherweise eine **Gefahrenlage** im traditionellen Sinne **noch nicht** feststellbar ist.

Beispiele für eine solche vorbeugende Hilfe sind: § 15a BSHG (Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen) – **Vermeidung** von **Obdachlosigkeit** durch Übernahme von aufgelaufenen Mietschulden, Mietzusicherungen, Schuldenübernahme gegenüber Energieunternehmen usw.; § 30 BSHG (Hilfe bei Existenzgefährdung); § 39 Abs. 2, 3 BSHG (**Eingliederungshilfe** für **von Behinderung Bedrohte**); § 72 Abs. 2 BSHG (**Verhütung** einer **„Verschlimmerung“** der besonderen sozialen Schwierigkeiten); § 75 Abs. 1, 3 (**Verhütung** von **Altersschwierig-**

---

[1] §§ 11 – 26 BSHG
[2] vgl. im Einzelnen §§ 27 – 75 BSHG
[3] § 5 Abs. 1 BSHG
[4] zur Problematik solcher Formulare ausführlich Schoch, ZfS 1987, S. 65

keiten, Vorbereitung auf das Alter, **Erhalten** der **Selbständigkeit** im Wohnungsbereich und damit Verhinderung eines Verlustes dieser Selbständigkeit).

§ 6 Abs. 1 BSHG ist nicht lediglich ein Programmsatz, sondern ein unmittelbar geltender **Grundsatz** für alle **Notlagen**, wenn und soweit durch ein frühzeitiges Einsetzen der Hilfe die Ursache der entstehenden Bedarfslage selbst positiv beeinflusst werden kann[6].

§ 6 Abs. 2 BSHG regelt die **sog. nachgehende Hilfe**. Auch dies ist eine Maßnahme der **Gefahrenabwehr**; denn in diesen Fällen liegt eine Situation vor, in der bereits Sozialhilfe gewährt worden ist, eine **Notlage beseitigt** worden ist, **gleichwohl** aber die **Gefahr** besteht, dass der **Erfolg** der zuvor gewährten Hilfe **gefährdet** ist; die Sozialhilfeträger haben entsprechende Ermittlungen anzustellen, um derartige Gefährdungen „aufzuspüren“[7].

Ein Beispiel hierfür ist die Minderung oder der völlige Erlass von Schulden aus Darlehen des Sozialhilfeträgers[8], wenn der mit dem Darlehen verfolgte sozialhilferechtliche **Zweck** der **Re-Integration** sonst verfehlt würde[9].

Weiterhin ist **§ 6 Abs. 2 BSHG** z.B. anzuwenden zur **Aufrechterhaltung** oder Wiederherstellung der **Arbeitskraft** i.S. von §§ 19, 20 BSHG, etwa nach einer Krankenhilfe[10] oder nach einer im Ergebnis missglückten Existenzgründung[11], weiterhin auch für die Finanzierung einer **Haushaltshilfe** i.S. von § 70 BSHG nach der Rückkehr des haushaltsführenden, noch bettlägerigen Elternteils aus dem Krankenhaus[12].

§ 6 Abs. 2 Satz 2 BSHG verweist auf die nachgehende Hilfe für **Behinderte**; die besondere Regelung des § 40 BSHG (Leistungen der Eingliederungshilfe) geht der Reglung in § 6 Abs. 2 Satz 1 BSHG über die „normale“ nachgehende Hilfe vor.

---

[5] vgl. Roscher, in LPK-BSHG, § 5 Rdnr. 2
[6] vgl. BVerwGE 48, S. 182
[7] vgl. Kramer, in LPK-BSHG, § 6 Rdnr. 8
[8] nach §§ 15a Abs. 1, 15b, 30 Abs. 3, 89 BSHG
[9] vgl. Kramer, aaO., mit Hinweis auf Hesse-Schiller/Siebenhaar, S. 156
[10] gem. § 37 BSHG
[11] vgl. § 30 BSHG
[12] vgl. § 37 BSHG

10.4 § 15a BSHG – Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen

Diese Regelung bestätigt für bestimmte Situationen die bereits getroffenen Feststellungen zur präventiven Ausrichtung der Sozialhilfe. Abs. 1 Satz 1 regelt Situationen, in denen die **Unterkunft gefährdet** ist oder eine vergleichbare **Notlage** zu beheben ist; die **Gefahrensituation** wird deutlich gemacht durch Abs. 1 Satz 2, wo von einer **drohenden Wohnungslosigkeit** die Rede ist, die durch Hilfe nach Abs. 1 Satz 1 abgewendet werden soll.

§ 15a Abs. 2 BSHG präzisiert derartige Gefahrenlagen.

10.5 § 15b BSHG – Darlehen bei vorübergehender Notlage

Notlagen sind **Gefahrensituationen**. Diese Vorschrift betrifft Sachverhalte, in denen diese Notlage voraussichtlich nur von kurzer Dauer ist; entscheidend ist eine Prognose des Sozialhilfeträgers zum Zeitpunkt der Hilfegewährleistung.

10.6 § 17 BSHG – Beratung und Unterstützung

Diese Hilfeleistung dient ausweislich des Wortlauts in Abs. 1 u.a. der **Vermeidung** und Überwindung von **Lebenslagen**, in denen **ohne Hilfe** zum Lebensunterhalt die durch diese Leistungen abzuwendenden **Beeinträchtigungen der Menschenwürde** eintreten würden. Damit sind **„Beratung und Unterstützung“** zumindest **mittelbar präventive** Maßnahmen.

§ 17 Abs. 2 BSHG sieht die Möglichkeit einer schriftlichen **Vereinbarung** zwischen Sozialhilfeträger und Hilfebedürftigem vor. Es handelt sich um einen **Fall** besonderer **Mitwirkung**; der Hilfeempfänger soll stärker eingebunden und in die Verantwortung genommen werden[13].

Diese **stärkere Einbindung** geht jedoch nicht über die bestehenden gesetzlichen Pflichten und **Obliegenheiten** hinaus[14]. In dem Vertrag können also demnach **keine Sanktionen** gem. § 25 BSHG (bei Verweigerung zumutbarer Arbeit) vereinbart werden.

---

[13] vgl. BT-Drucks. 13/2440, wobei als Beispiel Arbeitshilfemaßnahmen nach §§ 18 ff. genannt werden
[14] so Roscher, in LPK-BSHG, § 17 Rdnr. 24 unter Berufung auf Wagener, NDV 1997, S. 8

10.7 §§ 21 – 23 BSHG – Form und Maß der Leistungen

In diesen Regelungen werden die einzelnen Leistungen im Rahmen der **„Hilfe zum Lebensunterhalt“** genannt, wobei zwischen **laufenden** und **einmaligen** Leistungen unterschieden wird. Der Gesetzgeber hat dazu **beispielhafte Vorgaben** gemacht. Weiterhin wird vor allem auch ermächtigt zur Festsetzung eines finanziellen Regelbedarfs, wobei Bund und Länder durch Rechtsverordnungen zusammenwirken.

Dadurch wird ersichtlich, in welcher Weise der Gesetzgeber die sozialhilferechtliche **Gefahrenabwehr operational umgesetzt** hat.

§ 23 BSGH (Mehrbedarf) nennt in Abs. 4 im Übrigen ausdrücklich auch die „von einer **Behinderung bedrohten Menschen**“ als eine Personengruppe, die einer besonderen kostenaufwendigen Ernährung bedürfen; aber nicht nur für diese, sondern auch für die in der gleichen Regelung genannten kranken, genesenden oder behinderten Menschen dient diese Mehrbedarfs-Leistung, um **typischen Gefahrensituationen vorzubeugen**.

10.8 § 27 BSHG – Arten der Hilfe (in besonderen Lebenslagen)

Diese Vorschrift gibt einen Überblick über die **„besonderen“ Hilfeleistungen** der Sozialhilfe, die – wie bereits erwähnt – **in vielen Fällen präventive Wirkungen** entfalten sollen.

§ 27 Abs. 2 BSHG enthält in generalklauselartiger Formulierung eine Ermächtigung zu weiteren Hilfen in besonderen Lebenslagen, die **neue**, besondere **soziale Problemlagen** betreffen und auch bei der Leistungserbringung hinsichtlich Form und Inhalt der Hilfe u.U. traditionelle Wege verlassen können.

Darüber hinaus ermöglicht **§ 27 Abs. 2 BSHG** bei Vorliegen der Voraussetzungen nicht nur individualisierte, sondern **auch kollektive Leistungsgestaltung**, etwa im Zusammenhang mit neuen Wohnformen junger Menschen, beim Leben in Frauenhäusern, bei niederschwelligen Angeboten für bestimmte Personenkreise. Insofern ist neben traditionellen Formen kollektiver Leistungserbringung wie **Bezuschussung** und **Subventionierung** freier Träger auch eine Leistungserbringung in Form der **Verbindung** von kollektiven Leistungen (z.B. Grundförderung, Übernahme von Sockelbeträgen usw.) **mit individualbezogener Leistungserbringung**

(etwa zu den Kosten des Lebensunterhalts) möglich. Dabei handelt es sich nicht um eine „Gruppenhilfe“, sondern um eine bedarfsgerechte Form der Leistungserbringung[15].

10.9 § 30 BSHG – Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage

Diese Vorschrift regelt Situationen, in denen entweder eine **ausreichende wirtschaftliche Lebensgrundlage fehlt** (1. Alternative) oder wenn diese Lebensgrundlage **gefährdet** ist (2. Alternative).

Damit soll eine gleichsam **doppelte präventive Zielsetzung** gewährleistet werden: Unmittelbar soll den betreffenden Personen die Möglichkeit eröffnet werden, den Aufbau oder die Sicherung der Lebensgrundlage durch eigene Tätigkeit zu ermöglichen; weiterhin – gleichsam mittelbar – soll damit eine sonst wahrscheinlich zu leistende **Hilfe zum Lebensunterhalt vermieden** werden (§ 30 Abs. 2 BSHG).

10.10 § 36 BSHG – Hilfe zur Familienplanung

Auch diese Hilfeleistung dient der **Gefahrenabwehr** insoweit, als durch geeignete Sexualberatung und Familienplanung eine **unerwünschte Schwangerschaft** (weitgehend) verhindert werden soll[16]. Der abzuwendende „Schaden“ ist dabei die unerwünschte Schwangerschaft, u.U. ein **unerwünschtes Kind** – beide Situationen tragen nach allen menschlichen Erfahrungen ein erhebliches **Gefahrenpotential** in sich.

10.11 § 36a BSHG – Hilfe bei Sterilisation

Auch im Hinblick auf diese Hilfe wird man von einer **präventiven Zielsetzung** insoweit sprechen können, als damit **Schwangerschaften (oder Geburten)** abgewendet werden sollen, die ein **Gefahrenpotential** mit sich bringen.

---

[15] vgl. Münder, in LPK-BSHG, § 27 Rdnr. 15
[16] Birk, in LPK-BSHG, § 37b Rdnr. 1

10.12 § 36b BSHG – Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft

In dieser Vorschrift werden Leistungen vorgesehen, die allgemein notwendig sind, insbesondere aber für Personen mit Anspruch auf Sozialhilfe notwendig sind, um **typischen Gefahren oder Schäden vorzubeugen**.

10.13 § 37 BSHG – Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe

§ 37 Abs. 1 BSHG entspricht dem grundsätzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung in § **27 Abs. 1 SGB V**[17] und verweist auch im Übrigen auf das Leistungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung.

In **§ 37 Abs. 2 BSHG** wird diese Verweisung ausgedehnt auch auf die medizinischen Vorsorgeleistungen zur **Verhütung** und **Früherkennung** von Krankheiten und auf entsprechende Untersuchungen; der Sache nach wird damit auf das SGB V, 3.Kapitel, 3. und 4. Abschnitt verwiesen, ohne dass das BSHG das ausdrücklich sagt.

Bemerkenswert ist, dass **auch „andere Leistungen"** – und solche mit **präventivem Gehalt** sind durchaus nicht ausgeschlossen – gewährt werden, allerdings nur, wenn eine ärztlich diagnostizierte **Gefahrenlage** vorliegt, nämlich wenn entweder eine **Erkrankung** oder ein sonstiger **Gesundheitsschaden** einzutreten **droht**[18].

10.14 §§ 39 – 47 BSHG – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Dieser **Abschnitt 3, Unterabschnitt 7 BSHG** betrifft Personen mit den Merkmalen des § 2 Abs. 1 Satz 1; für Leistungen der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe wird zusätzlich gefordert, dass diese Personen in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, „wesentlich ... eingeschränkt" sind oder dass sie von einer „**wesentlichen Behinderung bedroht** sind".

Weiterhin stellt das BSHG Hilfe für Personen „mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung" im Rahmen der **Eingliederungshilfe** – nach Ermessen der Sozialverwaltung – zur Verfügung.

---

[17] vgl. hierzu die Ausführungen in B. II. 4.
[18] § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG

Im Hinblick auf das Merkmal „**von** einer **Behinderung bedroht**“[19] verlangt das BSHG, dass der Eintritt der **Behinderung** nach fachlicher Erkenntnis **mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten** ist; das gelte für Personen, für die Hilfe bei Krankheit und **vorbeugende Hilfe** nach § 37 BSHG erforderlich ist, nur dann, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine **Behinderung** einzutreten droht **(§ 39 Abs. 2 BSGH)**.

Das **präventive Anliegen** dieses Unterabschnitts wird in **§ 39 Abs. 3 BSHG** deutlich gemacht; es gilt eine drohende Behinderung zu verhüten **(Primärprävention)**, die Folgen einer Behinderung zu beseitigen oder zu mildern **(Tertiärprävention im klassischen Sinne)**, auch dafür zu sorgen, dass Pflegebedürftigkeit nicht eintritt (§ 39 Abs. 3 Satz 2, letzte Alternative BSHG).

Auch soweit eine Behinderung selbst beseitigt werden soll (§ 39 Abs. 3 Satz 1 BSHG) und behinderten Menschen die **Teilnahme am Leben der Gemeinschaft ermöglicht** oder erleichtert werden soll (§ 39 Abs. 3 Satz 2 BSHG), kann man von einer **mittelbar präventiven Zielsetzung** sprechen, die allerdings in der klassischen Präventions-Trias wohl nicht erscheint.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe - § 40 BSHG – verweisen zu einem großen Teil auf die Vorschriften des **SGB IX**[20]. Weiterhin wird hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem BSHG auf das Rehabilitationsrecht der **gesetzlichen Krankenversicherung** und der **Bundesanstalt für Arbeit** verwiesen[21].

In **§ 40 Abs. 2 BSHG** werden **Beihilfen** ermöglicht, die u.a. auch „von einer Behinderung **bedrohte Menschen**“ einbezieht und einer Unterstützung der diesbezüglichen **Gefahrenabwehr** dient.

§ 44 BSHG regelt die „vorläufige Hilfeleistung“ im Rahmen der Eingliederungshilfe. Diese Regelung hat gewisse **Ähnlichkeit** mit **§ 14 SGB IX** (Zuständigkeitserklärung), verfügt aber nicht über die Stringenz der SGB IX-Vorschrift.

---

[19] vgl. dazu § 2 Abs.1 Satz 2 SGB IX
[20] vgl. § 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Nr. 3, Nr. 7 und Nr. 9 BSHG
[21] § 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG

Gleichwohl ist auch bei dieser Reglung sichtbar, dass das **präventive Anliegen** der Eingliederungshilfe dadurch verstärkt werden soll, dass **Verzögerungen vermieden** werden sollen und damit nicht nur verhindert werden soll, dass die **Abwendung einer Gefahr** lediglich hinausgeschoben wird; in derartigen Situationen ist überdies denkbar, dass eine – gleichsam verspätete – Gefahrenabwehr nicht mehr im gleichen Maße **effektiv** ist wie rechtzeitig ergriffene Maßnahmen.

§ 46 BSHG sieht die Erstellung eines **Gesamtplans** zur Durchführung der einzelnen **Eingliederungsmaßnahmen** vor; damit soll erreicht werden, dass diese Maßnahmen die durchaus auch präventiven Zielen dienen können, **abgestimmt** und **nahtlos** ineinandergreifend durchgeführt werden[22]. Bemerkenswert ist nicht nur dieses **Instrument**, dessen sich die Sozialverwaltung zu bedienen hat, sondern die **Zusammenarbeit** mit den „sonst im Einzelfall Beteiligten", also denjenigen **Stellen**, die ebenfalls, neben dem Sozialamt, **zuständig** sind; in einer solchen **Situation** liegt demnach eine **Schnittstelle** vor. Beteiligt sind im Rahmen dieser Zusammenarbeit nicht nur andere **Landesbehörden** (Gesundheitsamt[23]), sondern auch andere kommunale Behörden (Jugendamt), **Private** (der behandelnde Arzt) und die **Bundesanstalt** für Arbeit.

10.15 § 70 BSHG – Inhalt und Aufgabe (der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)

Nach dieser Regelung soll die Weiterführung des Haushalts und die **Versorgung der Haushaltsangehörigen** gewährleistet werden in den Fällen, in denen die Person, die den Haushalt bisher geführt hat, vorübergehend verhindert ist. Dabei wird das Ziel verfolgt, dass **Familienzusammenhänge erhalten** bleiben sollen. Nach dem Gesetzeswortlaut muss die Fortsetzung des Haushalts „geboten" sein; das ist der Fall, wenn die andernfalls **drohende Auflösung** aus sozialpädagogischen Gründen nicht zu vertreten ist[24]; das ist beispielsweise regelmäßig dann der Fall, wenn Kinder oder pflegebedürftige Personen zum Haushalt gehören, die ohne die (vorübergehende) Haushaltshilfe anderweitig untergebracht werden müssten – das folgt im Übrigen auch aus dem Grundsatz der familiengerechten Hilfen[25].

---

[22] vgl. Brühl in LPK-BSGH § 46 RdNr. 1 mit Hinweis auf Michel-Schwartze, ArchsozArb 1997, 114 ff.
[23] soweit als staatliche Behörde organisiert
[24] Birk, in LPK-BSHG, § 70 Rdnr. 4
[25] vgl. § 7 BSHG sowie BVerwGE 30, S. 1921

Der **präventive Gehalt** dieser Regelung liegt darin, dass in einer Situation Hilfe geleistet wird, in der die **Gefahr einer Auflösung eines funktionierenden Haushalts** besteht. Wenn durch die Haushaltshilfe ein stationärer Aufenthalt des Hilfeempfängers vermieden werden kann, muss sie im Übrigen nicht vorübergehend sein, wie sich als Umkehrschluss aus § 70 Abs. 1 Satz 2 BSHG ergibt[26].

10.16 § 72 BSHG – Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Die **präventive Zielrichtung** dieser Hilfe ergibt sich augenscheinlich aus Abs. 2 dieser Regelung; sie umfasst nämlich „alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die **Schwierigkeiten abzuwenden**, zu beseitigen, zu **mildern** oder ihre **Verschlimmerung** zu **verhüten**". Die damit in abstrakter Weise normierten **Gefahrensituationen** werden in der Verordnung zur Durchführung des **§ 72 BSHG**[27] konkretisiert; insbesondere der dort genannte **Personenkreis**, für den die Hilfe offenbar in der Regel in Frage kommen soll, lässt **Rückschlüsse** auf die Ziele des Gesetzgebers sowie auch des Verordnungsgebers zu.

Nach **§ 1 Abs. 1 Verordnung zu § 72 BSHG** fallen in den Personenkreis des § 72 Abs. 1 Satz 1 BSHG „**Hilfesuchende**, deren besondere Lebensverhältnisse zu sozialen Schwierigkeiten, vor allem in der Familie, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz führen, so dass eine **Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nicht möglich** oder erheblich beeinträchtigt ist, und die diese Schwierigkeiten aus eigenen Kräften und Mitteln nicht überwinden können"; nach **§ 1 Abs. 2 Verordnung zu § 72 BSHG** werden beispielhaft solche Lebensverhältnisse genannt: „**Personen ohne ausreichende Unterkunft**, Landfahrer, Nichtsesshafte, aus Freiheitsentziehung Entlassene, **verhaltensgestörte junge Menschen**, denen Hilfe zur Erziehung oder Hilfe für junge Volljährige nicht gewährt werden kann".

Damit dürfte das **präventive Anliegen** dieser BSHG-Hilfe **deutlich** vor Augen stehen. Diese Hilfe ist im Übrigen nachrangig gegenüber den anderen Leistungen nach dem BSHG sowie auch nach dem SGB VIII.

---

[26] Birk, in LPK-BSHG, § 70 Rdnr. 10
[27] vom 9. Juni 1976 (BGBl. I, S. 1469 mit späteren Änderungen)

10.17 § 75 BSHG – Altenhilfe

Diese Hilfe, die neben den Hilfen nach den übrigen Bestimmungen des BSHG gewährt wird, soll einen Beitrag dazu leisten, bestimmte Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten (ein **primär-präventives Anliegen**), zu überwinden oder zu mildern; zugleich soll alten Menschen die **Möglichkeit** erhalten bleiben, am **Leben in der Gemeinschaft** teilzunehmen – damit soll die **Gefahr einer Ausgliederung** aus dem sozialen Leben **abgewendet** werden; zumindest soll ein „Beitrag" dazu geleistet werden.

Die vom Gesetzgeber **beispielhaft** genannten **Maßnahmen**, die im Rahmen dieser Hilfe in Betracht kommen, vervollständigen das **Bild von den Gefahrensituationen**, die durch diese Hilfeleistung (zumindest teilweise) beseitigt werden sollen: Beschaffung und Erhaltung einer altersgerechten Wohnung; Hilfe im Hinblick auf die Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient; Hilfe bei der Innspruchnahme altersgerechter Dienste; Hilfe im Hinblick auf Besuch von Veranstaltungen und Einrichtungen, die der Geselligkeit der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dient; Ermöglichung von Kontakten mit nahestehenden Personen; Hilfe bei einer von alten Menschen gewünschten Betätigung.

§ 75 Abs. 4 BSHG geht davon aus, dass regelmäßig Altenhilfe ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt wird, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist. Da Altenhilfe vor allem **Beratung** und **sog. offenes Hilfsangebot** ist und da offene Hilfeangebote häufig persönliche Hilfen beinhalten (z.B. im Rahmen von Altennachmittagen, Gesprächskreisen usw.), ist diese Regelung bereits aus Praktikabilitätsgründen verständlich; im Schrifttum wird davon ausgegangen, dass darüber hinaus **auch** dann, wenn **Sachleistungen** (z.B. Zurverfügungstellung von Kaffee, Kuchen) als **Annex** persönlicher Hilfen gegeben werden, ebenfalls das Einkommen nicht „straff herangezogen" werden soll[28].

[28] Münder, in LPK-BSHG, § 75 Rdnr. 24 mit Hinweis auf Gottschick/Giese, § 75 Rz. 11

11. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

11.1 Allgemeines

Das SGB IX verbindet das gegliederte System des Sozialrechts insoweit, als es **Sozialleistungsrecht** ist. **Neu** ist, dass durch das SGB IX der Begriff der **„Teilhabe“** in das Sozialrecht eingeführt worden ist; damit wird das umfassende Ziel der verschiedenen Leistungen[1] beschrieben.

Damit greift dieses Gesetz weiter als seine Vorgängerregelung, das Rehabilitationsangleichungsgesetz und das Schwerbehindertengesetz. Unter dem Aspekt der **Prävention** ist allerdings zu bemerken, dass **Rehabilitation** auch **herkömmlich** bereits verstanden wurde als ein Begriff, der sowohl für den Prozess als auch für das Ziel von Maßnahmen gilt, die unternommen werden, um **Behinderungen** nicht nur zu verringern, sondern um sie vor allem auch zu **vermeiden**[2].

Damit **ergänzt** und **vereinheitlicht** das SGB IX die Regelungen der sozialrechtlichen Leistungsgesetz insbesondere auch im Hinblick auf die **Abwendung drohender Behinderungen**.

11.2 § 1 SGB IX – Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Die **von Behinderung bedrohten Menschen** werden in dieser Regelung den Behinderten gleichgestellt.

Ausdrücklich sagt das Gesetz auch, dass damit **Benachteiligungen vermieden** werden sollen oder dass ihnen **entgegengewirkt** werden soll.

Es handelt sich augenscheinlich um **präventive Zielsetzungen**, wobei es in den meisten Fällen **wohl** um **„Tertiärprävention“** geht, weil zumeist eine bestehende Krankheit vorliegen wird.

Es ist aber auch wohl nicht völlig ausgeschlossen, dass eine Behinderung droht, ohne dass eine Einschränkung im Sinne einer bestehenden Krankheit festgestellt werden kann.

---

[1] vgl. § 10 SGB I, § 4 SGB XI
[2] Schulin/Igl, Sozialrecht, 7. Auflage, Rdnr. 1023 m.w.N.

Besondere Aufmerksamkeit ist **Frauen** und **Kindern** zu schenken; auch insoweit ist die **Gefahr einer Behinderung** einer bereits vorliegenden Behinderung gleichgestellt[3].

11.3 § 2 SGB IX – Behinderung

In dieser Regelung wird – in Abs. 1 Satz 2 – die **Gefahr einer Behinderung legal definiert**; von einer Behinderung bedroht ist jemand, bei dem eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. Hierzu ist die für die Feststellung einer Gefahr **typische Schadensprognose** anzustellen.

11.4 § 3 SGB IX – Vorrang von Prävention

Diese Reglung hebt die **besondere Bedeutung präventiver Maßnahmen** hervor. Rechtstechnisch wird das dadurch bewirkt, dass den Rehabilitationsträgern die strikte Verpflichtung aufgegeben wird, **in jedem** denkbaren **Fall** eine **„Behinderungs-Prognose“** anzustellen und die zu veranlassenden Maßnahmen so zu dimensionieren, dass nach allen Erfahrungen der Eintritt der Behinderung vermieden wird.

Bemerkenswert ist, dass in dieser Vorschrift die **chronische Krankheit** der **Behinderung gleichgesetzt** wird. Damit wird der Sache nach § 1 Abs. 1 in seinen Legaldefinitionen von Behinderung und drohender Behinderung konkretisiert.

11.5 § 4 SGB IX – Leistungen zur Teilhabe

In dieser Regelung werden die „Leistungen zur Teilhabe“ beschrieben; dabei werden **vier Kategorien** gebildet[4].

Diese Leistungskomplexe lassen sich nach **präventiven** und **rehabilitativen Zielsetzungen** aufschlüsseln: **Präventive Ziele** werden sicherlich verfolgt dann, wenn Behinderungen abzuwenden sind, wenn Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden sind, auch wenn die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern ist (weil damit ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben vermieden wird); die ganzheitliche Förderung der persön-

[3] § 1 Satz 2 SGG IX
[4] vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1 – 4 SGB IX

lichen Entwicklung wird man auch dahingehend interpretieren können, dass damit die Stabilität erreicht wird, die für eine gesellschaftliche Teilhabe Voraussetzung ist und ein diesbezügliches Ausscheiden verhindern soll.

Tertiärprävention wird insoweit bewirkt, als es darum geht, die Verschlimmerung einer Behinderung zu verhüten, wohl auch dann, wenn Folgen einer Behinderung gemildert werden sollen[5]; auch bei der Verhütung einer Verschlimmerung im Hinblick auf Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit geht es um tertiäre Prävention.

In **§ 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX** werden die Leistungsträger verpflichtet, so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität zu handeln, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden. Dieses **„Eine-Hand-Prinzip“** dürfte **besondere Bedeutung** auch für **präventive Maßnahmen** haben.

Besonders hinzuweisen ist auf **§ 4 Abs. 3 SGB IX**, in denen von **Kindern** gesprochen wird, die von **Behinderung bedroht** sind und die Leistungsträger u.a. verpflichtet werden, einer **familiären Entwurzelung** der Kinder **vorzubeugen**.

11.6 § 8 SGB IX – Vorrang von Leistungen zur Teilhabe

Situationen mit Bedarf an **präventiven Maßnahmen** werden in Abs. 1 geregelt; soweit Sozialleistungen unter Berücksichtigung einer **drohenden Behinderung** beantragt oder erbracht werden, sind vom (nach wie vor sog.) Rehabilitationsträger **prognostische Überlegungen** anzustellen hinsichtlich der in § 4 SGB IX genannten Leistungen zur Teilhabe. Hierbei geht es offensichtlich um die Prüfung der Frage, ob eine **„klassische“ Gefahr** im Hinblick auf eine wahrscheinliche Behinderung gegeben ist.

In **§ 8 Abs. 2 SGB IX** wird eine gleichsam zweigestufte Prävention angeordnet, wenn man zugleich § 3 SGB IX betrachtet: Zum einen haben bei den Leistungen der Rehabilitationsträger (gem. § 4 SGB IX) diejenigen der **Prävention Vorrang vor** Leistungen der **Rehabilitation**; insgesamt haben die Leistungen zur Teilhabe wiederum einen – gleichsam zweiten – **Vorrang vor Rentenleistungen**; hier wird das “klassische“ Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ in (wie gezeigt) stark präventiv erweiterter Fassung normiert. Damit wird (auch) die Prävention eingesetzt als Maßnahme, mit der nicht nur gleichsam direkt eine Behinderung oder

[5] vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGG IX, wobei eine Überschneidung zur Besserung des Gesundheitszustandes und der Beseitigung von Behinderung kaum vermeidbar ist

eine chronische Erkrankung vermieden wird, sondern – als Folge – eine Rentenleistung vermieden werden soll.

Nach **§ 8 Abs. 3 SGB IX** sind die präventiven Ziele des Abs. 1 **auch** hinsichtlich von **Pflegebedürftigkeit** anzustreben; auch diese ist zu vermeiden, und es sind Verschlimmerungen zu verhüten **(tertiäre Komponente)**.

11.7 § 9 SGB IX – Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

In Abs. 1 dieser Vorschrift wird der Leistungsträger verpflichtet, den „berechtigten" Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen; dabei wird auf **§ 33 SGB I** verwiesen, der in Satz 2 Ähnliches – wenn auch in abgeschwächter Form – normiert.

§ 9 Abs. 1 SGB IX stellt auf **sämtliche Leistungen** zur Teilhabe ab, also auch auf die mit **präventivem Charakter**. Der in § 9 Abs. 1 SGB IX (sowie in § 33 SGB I; vergleichbar § 3 BSHG) angelegte **Zielkonflikt** betrifft also **auch** die **präventiven Leistungen**.

In **§ 9 Abs. 2 SGB IX** wird das Naturalleistungsprinzip relativiert; das gilt **auch für Präventionsleistungen**. Voraussetzung ist, dass die vom Leistungsberechtigten alternativ angebotene Leistung gleich **wirksam** ist und zumindestens **wirtschaftlich** gleichwertig ausgeführt werden kann; die **Schwierigkeit** eines derartigen **Nachweises** bei Leistungen der Prävention liegt auf der Hand.

§ 9 Abs. 4 SGB IX verbiete die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe gegen den Willen den Leistungsberechtigten; das gilt – wohl als eine gewisse Selbstverständlichkeit – auch im Hinblick auf **präventive Leistungen**.

11.8 § 10 SGB IX – Koordinierung der Leistungen

Die Zusammenarbeit der Leistungsträger ist eines der großen Themen des Rehabilitationsrechts und auch des Leistungsrechts insoweit, als Leistungen zur Prävention erbracht werden[6].

[6] vgl. dazu auch die Aufzählung der Beispiele zur Zusammenarbeit bei § 10 SGB X aus dem Bereich des SGB IX

In **§ 10 Abs. 1 SGB IX** werden verschiedene Anordnungen getroffen. Erstens – die Rehabilitationsträger werden zu einer **umfassenden Zusammenarbeit** verpflichtet; sie haben im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten zu handeln. Zweitens – es werden die **Modalitäten** der Leistungserbringung – teils in Ergänzung und Wiederholung der Grundsätze des **§ 17 SGB I** – festgelegt insoweit, als Leistungen „nahtlos ineinander greifen" müssen, eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft „muss zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer" ermöglicht werden. Dies gilt auch für Präventionsleistungen.

§ 10 Abs. 2 SGB IX legt fest, dass Gleiches auch für die Schwerbehinderten gilt.

Besonders hervorgehoben wird in **§ 10 Abs. 3 SGB IX** die Situation von Menschen, denen eine **seelische Behinderung droht**; den dabei auftretenden „besonderen Bedürfnissen" muss Rechnung getragen werden, so dass diese Personengruppe auch unter Präventionsgesichtspunkten eine besondere Ausgestaltung ihrer Leistungen erhält.

11.9 § 11 SGB IX – Zusammenwirken der Leistungen

Diese Vorschrift legt fest, dass **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** bereits in dem **Zeitpunkt** zu prüfen sind, in dem eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht wird; diese Verpflichtung gilt selbstverständlich auch während der Ausführung der Rehabilitationsleistungen und nach deren Abschluss.

Auch in dieser Vorschrift findet sich eine gleichsam **doppelte präventive Zielsetzung**: Zum einen geht es darum, dass gleichsam unmittelbar eine **drohende Behinderung** vermieden wird; des Weiteren geht es – gleichsam mittelbar – darum, dass das **Ausscheiden aus dem Arbeitsleben** vermieden wird.

§ 11 Abs. 2 SGB IX konkretisiert diesen Auftrag im Hinblick auf den bisherigen konkreten Arbeitsplatz; auch hier ist eine **Gefahrensituation** normiert, nämlich die Wahrscheinlichkeit, dass der bisherige Arbeitsplatz künftig nicht mehr ausgeübt werden kann, auch nicht nach Abschluss einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation. Die Abwendung des drohenden Schadens **(Verlust des Arbeitsplatzes)** soll durch Leistungen der früher sog. beruflichen Rehabilitation (nunmehr: Teilhabe am Arbeitsleben) verhindert werden.

§ 11 Abs. 3 SGB IX ergänzt die Regelungen zur Zusammenarbeit dahingehend, dass bei Schwerbehinderten auch das Integrationsamt (das an die bisherige „Hauptfürsorgestelle“ getreten ist) beteiligt wird.

11.10 § 12 SGB IX – Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Diese Vorschrift geht über die bisherige Rechtslage[7] insoweit hinaus, als die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nicht nur **nahtlos** und **zügig** erbracht werden müssen, sondern dass zusätzlich hinsichtlich Gegenstand, Umfang und Ausführung das Prinzip der **„Einheitlichkeit“** gilt. Weiterhin sind – gegenüber der bisherigen Rechtslage – die Instrumente zur Umsetzung dieser Zielsetzung verstärkt worden, wobei vor allem auch Rechtsstreitigkeiten unter den Rehabilitationsträgern vermieden werden sollen.

Diese Zusammenarbeit, die an sich bereits in allgemeiner Form in § 86 SGB X verpflichtend festgelegt ist, betrifft **sämtliche Leistungen zur Teilhabe**.

Die **Prävention** wird besonders erwähnt[8]; damit wird das in § 3 SGB IX genannte Ziel (Vorrang von Prävention vor Rehabilitation) gleichsam verstärkt.

Unter organisatorischer Hinsicht wird in **§ 12 Abs. 2 SGB IX** eine Regelverpflichtung zur Bildung von regionalen **Arbeitsgemeinschaften** festgelegt; die Vorschriften des SGB X[9] gelten entsprechend.

11.11 § 13 SGB IX – Gemeinsame Empfehlungen

Es handelt sich um eine zentrale Vorschrift im SGB IX, mit der die **Spannungslage** zwischen **Eigenverantwortlichkeit** der Aufgabenwahrnehmung der einzelnen Rehabilitationsträger einerseits und der Notwendigkeit eines koordinierten Vorgehens im Bereich rehabilitativer und präventiver Maßnahmen andererseits gelöst wird durch die Verpflichtung, das Instrument „gemeinsame Empfehlungen“ als Basis der **Zusammenarbeit** zu verwenden.

Nach **§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX** wird die Bedeutung der **Prävention** auch in diesem Zusammenhang hervorgehoben, allein schon durch die Nennung dieses Gegenstandes an erster

---

[7] vgl. dazu § 5 Abs. 4 RehaAnglG
[8] § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX

Stelle bei der Aufzählung der Gegenstände, die durch gemeinsame Empfehlungen geregelt werden.

In **§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX** wird die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe bei rehabilitationsbedürftigen Menschen beispielhaft und hervorgehoben dadurch erläutert, dass eine durch eine **Chronifizierung** von Erkrankungen bedingte Behinderung **verhindert** werden soll.

§ 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX befasst sich mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen, die sich u.a. der **Prävention** und der **Früherkennung** von Krankheiten widmen.

§ 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX befasst sich (in abstrakter Weise) mit den Fällen, in denen der Arzt (Hausarzt, Facharzt, Betriebs- oder Werksarzt) in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe, also **auch** in **präventive Leistungen**, „einzubinden" ist.

§ 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX verpflichtet in den gemeinsamen Empfehlungen außerdem zu einem Erfahrungsaustausch mit Behinderten und deren Vertretungen[10] „zur möglichst **frühzeitigen Erkennung** des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe"; damit wird auch dem **(tertiär-)präventiven Anliegen** der Vermeidung von Folgeschäden ausdrücklich Rechnung getragen.

§ 13 Abs. 5 SGB IX bezieht die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in die Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen ein und verpflichtet sie zugleich, diese Empfehlungen in der Verwaltungspraxis als Orientierung zu verwenden. Damit werden auch die in diesen gemeinsamen Empfehlungen niedergelegten **präventiven Maßnahmen** für diese Verwaltungsbereiche verpflichtend gemacht.

Nach **§ 13 Abs. 6 SGB IX** wird weiterhin den Verbänden behinderter Menschen ein Beteiligungsrecht an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen eingeräumt; diese Empfehlungen müssen dem Anliegen der dort vertretenen Personen Rechnung tragen (Abs. 6 Satz 2).

Etwas unvermittelt wird in diesem Absatz – in Satz 3 – nochmals hervorgehoben, dass die „besonderen Bedürfnisse" auch „von **Behinderung bedrohter Frauen und Kinder**" zu berücksichtigen sind; auch damit wird die Bedeutung der Prävention nochmals hervorgehoben.

Als **institutionelle** Basis der gemeinsamen Empfehlungen nennt **§ 13 Abs. 7 SGB IX** die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die sich wiederum mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern in das Benehmen setzen muss.

---

[9] hingewiesen wird auf § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB X

Schließlich ist **§ 13 Abs. 9 SGB IX** zu erwähnen, wonach die gemeinsamen Empfehlungen durch regional zuständige Rehabilitationsträger konkretisiert werden können; das betrifft **auch Präventionsmaßnahmen** und gibt die Möglichkeit, dem Anliegen des § 3 SGB IX zusätzliche Bedeutung zu verschaffen.

11.12 §14 SGB IX – Zuständigkeitsklärung

Diese Regelung soll dem Bedürfnis Rechnung tragen, durch eine rasche Klärung von Zuständigkeiten eventuellen **Nachteilen** des **gegliederten Systems** der sozialen Sicherung entgegenzuwirken; das gilt auch für von **Behinderung bedrohten Menschen**. Diese Regelung betrifft sämtliche Leistungen zur Teilhabe gem. § 5 SGB IX; sie hat Vorrang vor den allgemeinen Regelungen zur vorläufigen Zuständigkeit und der Leistungserbringung nach dem SGB I.

Für **präventive Maßnahmen** gilt auch **§ 14 Abs. 5 SGB IX**; danach sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, zur raschen Sachverhaltsaufklärung für geeignete ärztliche und sonstige Sachverständige im Einzelfall zu sorgen.

Klargestellt ist im Übrigen auch, dass die gesetzlichen Aufgaben der (staatlichen) Gesundheitsämter unberührt bleiben[11].

11.13 § 15 SGB IX – Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

Auch diese Regelung gilt für **alle Leistungen zur Teilhabe**. Auch hier dürfte sich u.a. die Problematik ergeben, dass die Beachtung der Grundsätze der **Wirtschaftlichkeit** und Sparsamkeit im Hinblick auf **präventive Leistungen** möglicherweise besonders unsicher festzustellen ist.

11.14 § 17 SGB IX – Ausführung von Leistungen

Nach dieser Regelung „kann“ der Rehabilitationsträger seine Leistungen auch durch die Gewährung eines persönlichen Budgets ausführen[12]; diese Möglichkeit steht in einem gewissen

---

[10] Hinweis auf § 83 SGB IX
[11] § 14 Abs. 5 Satz 7 SGB IX

Spannungsverhältnis zu dem **Naturalleistungsprinzip**, vor allem zur grundsätzlichen Verantwortlichkeit des Rehabilitationsträgers, die auch ausdrücklich festgestellt wird[13].

Weiterhin wird in dieser Regelung die Möglichkeit einer Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung eröffnet; auch hier ist fraglich, ob die diesbezüglichen rechtlichen Voraussetzungen (der Rehabilitationsträger muss dadurch die Leistung **wirksamer** und **wirtschaftlicher** erbringen können) im Bereich **präventiver Leistungen** nachgewiesen werden können.

Das gleiche **Problem** stellt sich im Hinblick auf die Vorschrift zur Bemessung des persönlichen Budgets[14].

11.15 § 18 – Leistungsort

Diese Regelung eröffnet die Möglichkeit, Naturalleistungen im **Ausland** zu erbringen; Voraussetzung ist eine zumindest gleiche **Qualität** und **Wirksamkeit** sowie eine kostengünstigere Durchführung.

Auch insoweit ist fraglich, ob diese rechtlichen Voraussetzungen in der Praxis nachgewiesen werden können.

11.16 § 19 SGB IX – Rehabilitationsdienste und –einrichtungen

In Abs. 1 dieser Vorschrift wird eine **Zusammenarbeit** der Rehabilitationsträger angeordnet im Hinblick auf die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen. Das betrifft diese Institutionen auch insoweit, als es um die Erbringung **präventiver Leistungen** geht. Problematisch könnte auch hier in der Praxis die Frage sein, inwieweit diese Einrichtungen sowohl in ausreichender Zahl als auch in der erforderlichen Qualität notwendig sind.

Der Gesetzgeber erwähnt in diesem Zusammenhang die **von** einer **Behinderung bedrohten Kinder** besonders[15]; die Anordnung einer gemeinsamen Betreuung behinderte rund nichtbe-

---

[12] § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
[13] § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX
[14] vgl. § 17 Abs. 2 SGB IX
[15] § 18 Abs. 3 SGB IX

hinderter Kinder soll offensichtlich eine **Desintegration verhindern**; dies kann als **präventive Zielsetzung** verstanden werden.

11.17 § 20 SGB IX – Qualitätssicherung

Diese Regelung **ergänzt** die mit der Gesundheitsreform 2000 geschaffenen Vorschriften der **§§ 135a ff. SGB V**. In diesen Regelungen werden u.a. die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit den Vertretern der Leistungserbringer sowie mit auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu vereinbaren[16].

Mit der Regelung in **§ 20 SGB IX** will der Gesetzgeber **Qualitätsanforderungen** für das Rehabilitationsverfahren und den Rehabilitationserfolg trägerübergreifend sicherstellen.

Diese Vorschriften gelten auch für die Leistungen mit **präventivem Charakter**; somit haben die Erbringer von Leistungen also beispielsweise auch ein Qualitätsmanagement sicherzustellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität von präventiv ausgerichteten Versorgungsmaßnahmen gewährleistet und kontinuierlich verbessert[17].

11.18 § 21 SGB IX – Verträge mit Leistungserbringern

Mit diesen Verträgen haben die **Leistungserbringer** sicherzustellen, dass die ihnen obliegenden **Verpflichtungen** entsprechend den gesetzlichen Vorschriften auch tatsächlich erfüllt werden. Das Gesetz nennt beispielhaft diesbezügliche Anforderungen der vertraglichen Regelungen, beispielsweise die Qualitätsanforderungen an die Ausführungen der Leistungen sowie an das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste.

Nicht ausdrücklich ist in diesen gesetzlichen Vorgaben enthalten die vertragliche **Weitergabe der Verpflichtung gem. § 3 SGB IX**, die selbstverständlich auch durch Rehabilitationsdienste und –einrichtungen zu beachten ist, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen.

---

[16] § 137d SGB V
[17] vgl. § 20 Abs. 2 SGB IX

11.19 § 22 SGB IX – Aufgaben (der gemeinsamen Servicestellen)

Abs. 1 dieser Vorschrift verpflichtet der Sache nach die Rehabilitationsträger zunächst dazu, gemeinsame örtliche Servicestellen zu unterhalten; deren Dienste sollen ausdrücklich auch von **Behinderung bedrohten Menschen**, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten zukommen; die Leistungen dieser „Kompetenzzentren" sind „Beratung und Unterstützung".

Als Zeichen seines Misstrauens gegenüber den Rehabilitationsträgern hat der Gesetzgeber beispielhaft aufgeführt, was in diesen gemeinsamen örtlichen Servicestellen als „Beratung und Unterstützung" angeboten werden muss[18].

Ausdrücklich **präventiven Inhalt** hat die Regelung[19], die eine Beteiligung der Pflegekassen bei **drohender Pflegebedürftigkeit** vorschreibt.

11.20 § 23 SGB IX – Servicestellen

Diese Vorschrift befasst sich mit der Einrichtung der „Servicestellen". Auch in diesem Zusammenhang wird wiederum deutlich gemacht, dass die von **Behinderung bedrohten Menschen** auch insoweit ins Auge zu fassen sind, als gemeinsame Servicestellen für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden dürfen[20].

In § 23 Abs. 3 SGB IX wird festgelegt, dass die gemeinsamen Servicestellen so ausgestattet sein müssen, dass sie ihre **Aufgaben umfassend** und qualifiziert erfüllen können; das betrifft auch die Beratung und Unterstützung hinsichtlich **präventiver Leistungen**.

11.21 § 24 SGB IX – Bericht

Eine spezielle **Berichtspflicht** gegenüber der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist den Rehabilitationsträgern im Hinblick auf die Servicestellen aufgegeben; diese Pflicht umfasst die Erfüllung **sämtlicher Aufgaben**, also auch die Beratung und Unterstützung im Hinblick auf **präventive Maßnahmen**.

---

[18] § 22 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX
[19] in § 22 Abs. 1 Satz 4
[20] § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IX

11.22 § 26 SGB IX – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In dieser Regelung wird das **Leistungsspektrum** der „medizinischen Rehabilitation“ festgelegt. Dabei werden sowohl Leistungen mit kurativer als auch solche mit **präventiver Zielsetzung** genannt; als Prävention zählt beispielsweise die **Abwendung von Behinderungen** einschließlich chronischer Krankheiten sowie die **Verhütung** von Verschlimmerungen[21], die **Vermeidung** von Minderungen der Erwerbsfähigkeit sowie von Pflegebedürftigkeit sowie die Verhütung von Verschlimmerung und die Vermeidung eines vorzeitigen Bezuges von laufenden Sozialleistungen[22], die **Früherkennung** Behinderter sowie von Behinderung bedrohter Kinder[23].

Weiterhin wird klargestellt, dass zu den Leistungen auch psychologische und pädagogische **„Hilfen“** gehören, soweit sie das Ziel der Rehabilitation nach Abs. 1 dieser Regelung effektiv fördern; damit sind auch die präventiven Ziele von **§ 26 Abs. 1 SGB IX** umfasst. Außerdem sollen diese Hilfen **Krankheitsfolgen vermeiden** und ihre Verschlimmerung verhüten (das sind Fälle der **tertiären Prävention**)[24].

11.23 § 29 SGB IX – Förderung der Selbsthilfe

Diese Vorschrift erwähnt ausdrücklich **Selbsthilfegruppen**, -organisationen und –kontaktstellen, die sich – u.a. – die **Prävention** und **Früherkennung** von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben.

11.24 § 30 SGB IX – Früherkennung und Frühförderung

Diese Vorschrift umfasst zwei Arten präventiver Maßnahmen, nämlich die Früherkennung (also „klassische“ **sekundäre Prävention**) und die Frühförderung; beide Maßnahmen gelten auch Kindern, die von **Behinderung bedroht** sind; auch diesbezüglich erläutert der Gesetzgeber die ihm nötig erscheinenden Maßnahmen[25].

---

[21] § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
[22] § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX
[23] § 26 Abs.2 Nr. 2 SGB IX
[24] vgl. § 26 Abs. 3, vor Nr. 1 SGB IX
[25] vgl. § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 und 2 sowie Satz 2 (Hinweis auf die Leistungserbringung als Komplexleistung) SGB IX

Besondere Aufmerksamkeit wird bei der **Früherkennung** und Frühförderung den nichtärztlichen Leistungen gewidmet (durch Therapeuten, Psychologen, Heilpädagogen, Sonderpädagogen und Sozialpsychologen) sowie durch die Beratung der Erziehungsberechtigten seitens interdisziplinärer Frühförderstellen; auch damit soll u.a. eine **drohende Behinderung** zum frühest möglichen Zeitpunkt erkannt werden.

Auch diesbezüglich wird vorgeschrieben, dass in **gemeinsamen Empfehlungen** die vom Gesetzgeber als regelungsbedürftige genannten Probleme vereinbart werden[26].

11.25 § 31 SGB IX – Hilfsmittel

In dieser Vorschrift ist der Begriff **„Hilfsmittel" legaldefiniert**; vor allem wird deutlich, inwieweit damit **Prävention** bewirkt werden kann, und zwar im Sinne einer **Gefahrenabwehr**: Hilfsmittel dienen dazu, einer **drohenden Behinderung** vorzubeugen[27]; auch die Zielsetzung, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, kann insoweit als präventiv betrachtet werden, als damit eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes verhütet werden soll.

11.26 § 33 SGB IX – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

In **§ 33 Abs. 1 SGB IX** werden nicht nur unverbindliche Zielsetzungen beschrieben, zu deren Erreichen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein müssen; es handelt sich um die **rechtlich** vorgeschriebenen **Voraussetzungen**; dem Grunde nach sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben demnach nur möglich, wenn eine der dort alternativ aufgeführten Sachverhaltsvarianten vorliegt.

Im Hinblick auf die **präventive Zielsetzung** kann man auch bei dieser Vorschrift von einem gleichsam **zweigestuften Präventionsziel** sprechen: Erstens – Adressaten dieser Vorschrift sind auch die **Menschen**, denen eine **Behinderung** lediglich **droht**; die damit gegebene Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Behinderung ist in der Regel wohl durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu begegnen, um die Leistungsfähigkeit auch im Arbeitsleben zu erhalten, möglichst auch zu verbessern oder wiederherzustellen.

---

[26] vgl. im Einzelnen § 30 Abs. 3 SGB IX

Zweitens – im Hinblick auf das **Arbeitsleben** soll der **spezifischen Gefahr** vorgebeugt werden, wegen der drohenden Behinderung (möglicherweise) aus dem Arbeitsleben auszuscheiden; dieser Gefahr soll speziell durch die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ begegnet werden. **§ 33 Abs. 2 SGB IX** bezieht sich auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Frauen; präventive Wirkungen erzeugt diese Vorschrift wohl nicht, da diese Personen bereits behindert sein müssen (vom Wortlaut her gesehen reicht eine drohende Behinderung also nicht aus), und es werden auch nicht Situationen geregelt, in denen ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben droht.

§ 33 Abs. 3 SGB IX nennt die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die dem Gesetzgeber offensichtlich als unumgänglich und besonders wichtig erschienen; dabei wird auch im Einzelnen zum Ausdruck gebracht, inwieweit die präventiven **Zielsetzungen** des **§ 33 Abs. 1 SGB IX** durch diesbezügliche Maßnahmen verwirklicht werden sollen.

§ 33 Abs. 6 SGB IX macht deutlich, dass allein spezifische „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ in der Regel wohl unzulänglich sein müssen, weil – wie bereits gesagt – zugleich stets auch die bereits vorhandene Behinderung oder – was hier besonders interessiert – die **drohende Behinderung** durch Leistungen beseitigt oder – im Bereich der Prävention – verhindert werden soll. Der Gesetzgeber hat auch insoweit seine Vorstellungen von einem **Minimalkatalog** zum Ausdruck gebracht. Die darin enthaltenen **präventiven Ziele** sind deutlich, beispielsweise wenn es darum geht, Krankheitsfolgen zu **vermeiden** oder ihre Verschlimmerung zu **verhüten**[28].

In **§ 33 Abs. 8 SGB IX** wird deutlich, inwieweit die **präventiven Zielsetzungen** bereits durch den Gesetzgeber konkretisiert sind. Die „Erhöhung der Sicherheit auf dem Wege vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz“ ist eindeutig eine wahrscheinlich primär-präventive Zielsetzung, die diesbezügliche **Schadensereignisse verhindern** soll.

---

[27] § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX
[28] vgl. § 33 Abs. 6 Satz 1 vor Ziff. 1 SGB IX

11.27 § 34 SGB IX – Leistungen an Arbeitgeber

Voraussetzung hierfür ist u.a. auch, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben grundsätzlich zulässig sind. So gesehen ist es auch denkbar, dass die Leistungen an Arbeitgeber ebenfalls die **präventiven Ziele** verfolgen, die in **§ 33 Abs. 1 SGB IX** allgemein verbindlich festgelegt sind.

11.28 § 35 SGB IX – Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Fraglich ist, ob diese Regelung ebenfalls **präventive Ziele** verfolgt. In Satz 1 ist ausdrücklich zunächst die Rede von „Art oder Schwere der Behinderung" – das könnte darauf schließen lassen, dass zur Abwehr einer drohenden Behinderung die Berufsbildungswerke oder Berufsförderungswerke[29] nicht zuständig sein sollen. Dagegen könnte allerdings sprechen, dass in dieser Regelung auch allgemein von **„Leistungen"** gesprochen wird – wenn der Gesetzgeber damit auf **§ 33 Abs. 1 SGB IX** verwiesen haben sollte, dann gilt die soeben in Erwägung gezogene Einschränkung nicht.

Weiterhin sagt diese Vorschrift, dass die „**Sicherung der Erfolges** die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen" soll. Darin könnte man –abgesehen von den soeben genannten Bedenken – immerhin eine **präventive Zielrichtung** insoweit sehen, als die **Stabilisierung** eines erreichten Rehabilitationserfolges zugleich eine Maßnahme ist, mit der ein gleichwohl immer noch mögliches **Ausscheiden** aus dem **Berufsleben verhindert** werden soll.

11.29 § 38 SGB IX – Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit

Die hier geregelte **Zusammenarbeit** eines Rehabilitationsträgers mit der Bundesanstalt für Arbeit betrifft sämtliche Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, also auch die **Leistungen** mit **präventiver Zielsetzung**.

---

[29] dies sind die im Gesetz genannten Haupttypen von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation; daneben können entsprechend dem individuellen Bedarf Leistungen auch durch vergleichbare Einrichtungen ausgeführt werden

11.30 § 39 SGB IX – Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Diese Vorschrift besagt, dass auch bei behinderten Menschen präventive Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen sind; der **Erhalt** der **Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit** der behinderten Menschen ist insoweit **präventiv** zu bewerten, als es darum geht, das **Ausscheiden** aus dem Arbeitsleben zu **verhindern**; das wird durch die Erläuterung des Gesetzgebers bestätigt, derzufolge die Beschäftigung gesichert werden soll.

Wenn man – mit dem Gesetzgeber des **§ 20 SGB V** – davon ausgeht, dass man auch in Fällen von **Prävention** sprechen darf, in denen es lediglich um die **Verbesserung eines Zustandes** geht, dann kann man auch die Verbesserung der Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen – ebenfalls Zielsetzung in **§ 39 SGB IX** – als Leistung der **Prävention** bewerten.

11.31 § 40 SGB IX – Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

Auch in dieser Vorschrift geht es um behinderte Menschen. Soweit **§ 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX** Leistungen im Berufsbildungsbereich regelt, kann darin eine präventive Maßnahme dergestalt gesehen werden, dass **vermieden** werden soll ein völliges **Ausscheiden aus dem Arbeitsleben**, mag es dort auch nur um ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung gehen.

In ähnlicher Weise lässt sich auch die Regelung in **§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB IX** interpretieren dahingehend, dass die weite Entwicklung der Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen zumindest mittelbar das Ziel hat, ein völliges **Ausscheiden** aus der **Arbeitswelt** zu **verhindern**.

11.32 § 44 SGB IX – Ergänzende Leistungen

In dieser Regelung werden die sog. ergänzenden Leistungen sowohl im Hinblick auf medizinische Rehabilitation als auch zur Teilhabe am Arbeitsleben zusammengefasst. Dabei werden auch Leistungen mit ausgeprägt **präventivem Gehalt** vorgesehen, nämlich der **Rehabilitationssport**, die Übungen für Frauen und Mädchen zur Stärkung des Selbstbewusstseins sowie dem Funktionstraining.

Der Rehabilitationssport hat Tradition[30]. Näheres hierzu ergab die **Gesamtvereinbarung** über den ambulanten Behindertensport; die Sozialversicherungsträger und die Träger der Kriegsopferversorgung haben dort zahlreiche Einzelheiten geregelt[31].

Voraussetzung für den Rehabilitationssport ist die Ausrichtung der sportlichen Maßnahmen auf Zwecke der Rehabilitation; dabei wird es sich zumeist auch um **tertiäre Prävention** handeln, auch wenn im Vordergrund die Erhaltung oder Verbesserung der körperlichen, geistigen und psychischen Leistungsfähigkeit steht[32].

Der Rehabilitationssport ist – auch nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX – in Gruppen auszuführen, so dass Maßnahmen mit Einzelpersonen wohl nicht zulässig sind.

Das geltende Recht kennt – wie bisher – auch einen **doppelten ärztlichen Vorbehalt**: Erstens – der Rehabilitationssport ist zwingend ärztlich zu verordnen; zweitens – diese Maßnahme hat unter ärztlicher Betreuung und Überwachung stattzufinden. Die Rechtsprechung hat auch für die frühere Rechtslage ein entsprechendes Erfordernis angenommen[33]. Die überwiegende Meinung im Schrifttum geht wohl nach wie vor davon aus, dass die Anwesenheit des Arztes bei derartigen Übungsveranstaltungen nicht erforderlich ist, während eine vermittelnde Meinung die grundsätzliche Anwesenheit eines Arztes fordert, jedoch eine telefonische Rufbereitschaft genügen lässt, wenn die Übungsveranstaltung in angemessener Zeit erreicht werden kann[34].

In diesem Erfordernis ärztlicher Beteiligung kann die **besondere Bedeutung** gesehen werden, die diesen Maßnahmen auch unter dem Gesichtspunkt **tertiärer Prävention** vom Gesetzgeber zugemessen werden.

Eine **neue** ergänzende **Leistung** hat der Gesetzgeber eingeführt im Hinblick auf „Übungen für ... **von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen**, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen“[35]. Die eindeutig **primär-präventive Zielsetzung** ist ersichtlich insoweit, als offensichtlich auch durch derartige Übungen Frauen und Mädchen dahingehend beeinflusst werden sollen, dass eine **Behinderung**, die wahrscheinlich erscheint, **nicht eintritt**; gleich-

---

[30] vgl. § 43 Nr. 1 SGB V a.F.; bis 31.12.1988: Behindertensport, vgl. § 193 RVO
[31] vgl. BKK 1981, S. 41, 259
[32] vgl. zu den Versehrtenleibesübungen nach dem BVG (§ 11a) BSGE 39, S. 78, 81f. = SozR 3100 § 1 Nr. 4
[33] vgl. BSGE 39, S. 78, 82 = SozR 3100 § 1 Nr. 4
[34] z.B. KassKomm-Höfler, § 43 SGB V RdNr. 5 mit Hinweis auf § 6 Abs. 3 der „Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport“
[35] ebenfalls in § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX

sam als Mittel dieser Vermeidungsstrategie wird die Stärkung des Selbstbewusstseins eingesetzt.

Ärztlich verordnetes **Funktionstraining** wird in **§ 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX** als weitere ergänzende Leistung genannt. Eine Einschränkung auf Personen, bei denen bereits eine Behinderung vorliegt, hat der Gesetzgeber insoweit nicht vorgenommen. Somit dient auch diese Maßnahme sowohl der Abwehr einer **drohenden Behinderung** (primär-präventive Zielsetzung) als auch der Beseitigung von **Schädigungen**, die als **Folgen** einer **Behinderung** denkbar sind (tertiär-präventive Zielsetzung). Bemerkenswert ist, dass hinsichtlich der Ausführung dieser Maßnahme lediglich eine „fachkundige Anleitung und Überwachung" erforderlich ist; damit wird diese Maßnahme nicht abgewertet; der Gesetzgeber hat hier wohl realistisch entschieden.

11.33 § 45 SGB IX – Leistungen zum Lebensunterhalt

In dieser Regelungen werden **Entgeltersatzleistungen** aufgeführt, die im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. § 45 Abs. 1 SGB IX) oder im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. § 45 Abs. 2 SGB IX) beansprucht werden können.

Damit wird in allen Fällen, in denen die medizinische Rehabilitation oder die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Situationen betrifft, in denen **Prävention** stattfindet, **finanziell sekundiert**; praktisch wird damit also auch das Präventionsanliegen der Leistungen verstärkt.

11.34 § 54 SGB IX – Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten

In Abs. 1 dieser Regelung geht es um die Haushaltshilfe, die unter den dort genannten – drei – Voraussetzungen geleistet wird. **Voraussetzung** ist auch hier zunächst, dass ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht; auch hierbei kann es sich um Fälle handeln, in denen eine **drohende Behinderung** abgewendet werden soll oder in denen die Teilhabe am Arbeitsleben gefährdet ist.

Der Sache nach wird in **§ 54 Abs. 1 SGB IX** noch eine **weitere Gefahr** abgewendet, nämlich diejenige, dass wegen der medizinischen oder beruflichen Reha-Leistungen angesichts der

familiären Situation eine Lage entsteht, bei der ein Kind[36] nicht mehr die Zuwendung erfährt, die notwendig ist – damit vermeidet die Haushaltshilfe eine Situation, in der die **Familien- und Jugendhilfe** tätig werden müsste; auch diese Zielsetzung lässt sich als ein spezifisch-präventives **Anliegen** verstehen.

§ 54 Abs. 2 SGB IX verdeutlicht dieses Anliegen insoweit, als es vor allem um die Betreuung des Kindes geht. Die Möglichkeit der Zahlung von Kinderbetreuungskosten verstärkt das ursprüngliche, **präventive Anliegen** des § 54 Abs. 1 SGB IX.

§ 54 Abs. 4 SGB IX verfolgt die gleiche Zielsetzung für den Bereich der Landwirtschaft.

11.35 § 55 SGB IX – Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Mit dieser Regelung wird die **früher** sog. **soziale Rehabilitation** erbracht. **§ 55 Abs. 1 SGB IX** spricht zwar nicht ausdrücklich von Menschen, die von Behinderung bedroht sind – gleichwohl geht es auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft um Leistungen, mit denen weitgehend auch **präventive Ziele** verfolgt werden.

Zum Beispiel ist das Ziel, die **Teilhabe** am Leben in der Gesellschaft zu **„sichern“** dahingehend zu verstehen, dass ohne diese Leistungen ein Ausscheiden aus dem Gesellschaftsleben wahrscheinlich ist.

Auch das Ziel, die leistungsberechtigten Personen „soweit wie möglich unabhängig von Pflege (zu) machen“, verfolgt der Sache nach nichts anderes als das Ziel, diese Art von (sozialer) **Rehabilitation vor Pflege** zu verwirklichen[37].

Weiterhin wird in dem Leistungskatalog deutlich, dass es dabei möglicherweise in den meisten Fällen um die **Vermeidung** von Situationen geht, die mit den in **§ 55 Abs. 2 SGB IX** aufgeführten Leistungen verhindert werden sollen.

Diese Überlegung gilt beispielsweise für die **Hilfsmittel**[38], mit denen sicherlich die gleichen Ziele verfolgt werden sollen wie mit den Hilfsmitteln nach §§ 31 und 33 SGB IX – diese die-

[36] das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12.Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert ist
[37] vgl. dazu auch § 5 Abs. 1 SGB XI
[38] § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX

nen ausweislich des dortigen Gesetzeswortlautes auch der **Abwehr** von **drohenden Behinderungen**.

Auch **heilpädagogische Leistungen** für Kinder, die noch nicht eingeschult sind[39], dürften in der Regel den Zweck haben, zu **verhindern**, dass Kinder nicht in der Regelschule, sondern in einer **Sonderschule** unterrichtet werden müssen.

Auch Hilfen für die „**Erhaltung einer Wohnung**, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht“[40], sollen offensichtlich den **Verlust** einer solchen Wohnung **vermeiden**.

Die gleichen Überlegungen gelten für „Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“[41], mit denen ebenfalls ein bestimmtes Maß an **Selbständigkeit erhalten** werden soll, das im Leistungszeitpunkt offensichtlich **gefährdet** ist.

Auch die „**Hilfen zur Teilhabe** am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“[42] sollen **verhindern**, dass die betreffenden Personen aus diesen Gesellschaftsbereichen **ausscheiden** müssen.

11.36 § 56 SGB IX – Heilpädagogische Leistungen

Das Ziel des Gesetzgebers, mit heilpädagogischen Leistungen[43] auch ein **präventives Anliegen** zu verfolgen, wird verdeutlicht durch **§ 56 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX**: Die Abwendung einer **drohenden Behinderung** ist als **primär-präventive Zielsetzung** zu bewerten, die Verlangsamung des fortschreitenden Verlaufs einer Behinderung sowie die Beseitigung oder Milderung der **Folgen** einer **Behinderung**[44] sind als **tertiär-präventive** Maßnahmen zu bewerten.

11.37 § 57 SGB IX – Förderung der Verständigung

In dieser Regelung geht es um Leistungen zur **Verständigung** mit der **Umwelt**. Auch hiermit wird einem **präventiven Anliegen** Rechnung getragen dergestalt, dass die **soziale Ausgren-**

---

[39] § 55 Abs.2 Nr. 2 SGB IX
[40] vgl. § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX
[41] § 55 Abs.2 Nr. 6 SGB IX
[42] § 55 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX
[43] § 55 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX
[44] vgl. § 56 Abs. 1 Nr. 1, 2.Alternative sowie Nr. 2 SGB IX

zung vermieden werden soll, die schwerbehinderten Menschen oder behinderten Menschen mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit aufgrund ihrer Behinderung droht. Unter begrifflich-systematischer Betrachtungsweise handelt es sich um **tertiäre Prävention**.

11.38 § 58 SGB IX – Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Diese Vorschrift konkretisiert diese Hilfeart[45]. Es handelt sich um eine inhaltlich offene Vorschrift, in denen der Gesetzgeber jedoch beispielhaft **Hinweise** für die Rehabilitationsträger gegeben hat.

Ins Auge fallend im Hinblick auf **präventive Zielsetzung** ist vor allem Nr. 3 dieser Vorschrift; die Bereitstellung von Hilfsmitteln soll offensichtlich dazu dienen, eine **Teilhabe** am Leben in der **Gemeinschaft** zu sichern, die ohne diese Hilfe **gefährdet** wäre.

11.39 § 60 SGB IX – Pflichten Personenberechtigter

Diese Regelung ergänzt § 14 SGB I[46] dahingehend, dass auch andere Personen, nämlich Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer einen derartigen Beratungsanspruch hinsichtlich der Personen haben, die ihrer Personensorge anvertraut sind. Ausdrücklich geht die Vorschrift davon aus, dass bei diesen Personen bereits Behinderungen wahrgenommen werden[47]. Gleichwohl verfolgt auch diese Regelung **präventive Zielsetzungen**; denn letztlich zielt dieser Beratungsanspruch darauf ab, dass Behinderte aufgrund der Beratung die **Leistungen** nach dem SGB IX **in vollständigem Umfange** erhalten; dazu zählen zumindest auch diejenigen Leistungen, die tertiär-präventiven Charakter haben, also die nachteiligen Folgen einer Behinderung vermeiden sollen.

Möglicherweise kann man § 60 SGB IX insgesamt auch dahingehend verstehen, dass der Anspruch der Eltern, Vormünder usw. auch bereits in den Fällen gegeben ist, in denen lediglich eine **Behinderung droht**; diese Auslegung des § 60 SGB IX wird nahe gelegt durch den in § 3 SGB IX steckenden Grundgedanken.

---

[45] des § 55 Abs.2 Nr. 7 SGB IX
[46] Anspruch auf Beratung hinsichtlich eigener Rechte und Pflichten
[47] das gilt auch in den Fällen des § 61 SGB IX

Vor allem wird dieses Ergebnis nahe gelegt durch **§ 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX**; dort werden die Personen, bei denen der Eintritt einer Behinderung droht, den Behinderten gleichgestellt; diese Regelung wirkt somit auf § 60 SGB IX gleichsam zurück. Und es wäre merkwürdig – und wohl willkürlich-gleichheitswidrig[48], wenn nur in den Fällen, in denen eine Person einem Arzt vorgestellt wird (und nicht in den anderen Fällen des § 60 SGB IX), im Hinblick auf Personen, bei denen eine Behinderung droht, dieser Beratungsanspruch besteht.

11.40 § 61 SGB IX – Sicherung und Beratung behinderter Menschen

In dieser Vorschrift wird der **Umfang** der **ärztlichen Beratung** in den Fällen festgelegt, in denen eine Person nach **§ 60 SGB IX** vorgestellt wird. Der Gesetzgeber hat es offensichtlich für nötig erachtet, die Ärzte zu verpflichten, auf alle geeigneten Leistungen zur Teilhabe sowie auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle zur Rehabilitation hinzuweisen.

Der **präventive Ansatz** dieser Regelung kommt in zweifacher Weise zum Ausdruck: Erstens – es geht wie bei § 60 SGB IX darum, dass die **Folgen von Behinderungen vermieden** werden, wobei die umfassende Beratung offenbar eine wesentliche Rolle spielen soll.

Zweitens - § 61 SGB IX verpflichtet die Ärzte bei Menschen, bei denen der Eintritt einer **Behinderung** nach allgemeiner ärztlichen Erkenntnis **zu erwarten** ist, entsprechend zu verfahren. Damit wird ausdrücklich auch diese Personengruppe genannt, bei der präventive Maßnahmen möglicherweise bereits den Eintritt einer Behinderung verhindern können.

§ 61 Abs. 2 SGB IX sieht in der Fortentwicklung des bisherigen § 124 BSHG die **Beratung** behinderter Menschen vor. Damit wird im Prinzip das gleiche **präventive Anliegen** verfolgt wie in § 60 SGB IX.

Schließlich verfolgt auch **§ 61 Abs. 3 SGB IX** ein derartiges **präventives Anliegen**; das Aufsuchen einer Beratungsstelle für Rehabilitation oder eines Arztes – jeweils mit dem Ziel, eine Beratung über die geeigneten Leistungen zu erfahren – soll **zumindest tertiär-präventiv**, möglicherweise auch primär-präventiv, im Behindertenrecht wirksam werden.

---

[48] Verstoß gegen das in § 3 Abs. 1 GG i.V. mit dem Rechtsstaatsprinzip wurzelnde Willkürverbot

11.41 § 62 SGB IX - Landesärzte

Mit dieser Regelung wird die Vorschrift des inzwischen außer Kraft getretenen § 126a BSHG fortentwickelt. Zugleich wird damit gleichsam die Brücke geschlagen zum öffentlichen Gesundheitswesen.

Ausdrücklich sind diese Landesärzte auch zuständig für **Menschen**, die von **Behinderung bedroht** sind. Somit ist das präventive Potential dieser Vorschrift für sämtliche denkbare Präventionsarten gegeben, sowohl für **primäre Prävention** (bei Gefahr der Behinderung) sowie für **tertiäre Prävention** (Hilfen für bereits behinderte Menschen)[49].

Ausdrücklich haben die Landesärzte u.a. die Aufgabe, „von Behinderung bedrohte Menschen zu **beraten** und zu **unterstützen**" – das dient eindeutlich primär-präventiven Zielen.

Auch die **Unterrichtung** der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörden, und zwar auch im Hinblick auf von Behinderung bedrohter Menschen[50], dient der **primär-präventiven Zielsetzung** des SGB IX.

11.42 § 63 SGB IX – Klagerecht der Verbände

Die Einführung dieses Verbandsklagerechtes (im engeren Sinne)[51] stärkt die Rechtsstellung der Behindertenverbände; es handelt sich um einen Fall der **Prozessstandschaft**.

Auch insoweit kann man von **präventiver Zielsetzung** sprechen. Zwar nennt § 63 Satz 1 SGB IX lediglich „behindert Menschen", die in ihren Rechten verletzt sein könnten. Bei diesen (subjektiv-öffentlichen) Rechten handelt es sich um die Leistungsansprüche nach dem SGB IX, die möglicherweise nicht oder unzureichend erfüllt sind. Darunter fallen auch alle diejenigen Leistungen, die den **Folgewirkungen** einer Behinderung, beispielsweise einer **Verschlimmerung**, entgegenwirken sollen; insoweit verfolgt auch § 63 SGB IX zumindest mittelbar tertiär-präventive Zielsetzungen.

Zu **erwägen** ist, ob ein solches Klagerecht auch dann besteht, wenn Menschen lediglich von einer **Behinderung bedroht** sind; der in **§ 3 SGB IX** niedergelegte Grundsatz, darüber hi-

---

[49] mit der Aufhebung des § 126a BSHG (durch das G v. 19.6.2001, BGBl. I, S. 1046) ist die strikte Verpflichtung zur Bestellung von Landesärzten entfallen; nach § 62 Abs. 1 steht es im Ermessen der Länder, Landesärzte mit den Aufgaben des § 62 Abs. 2 SGB IX zu bestellen

[50] § 62 Abs.2 Nr. 3 SGB IX

[51] vgl. beispielsweise auch § 13 Abs. 2 Nr. 2 UWG

nausgehend auch Wirtschaftlichkeitserwägungen, legen ein solches Verständnis des § 63 SGB IX nahe.

11.43 § 66 SGB IX – Berichte über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe

Nach dieser Regelung hat die **Bundesregierung** die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 31.12.2004 zu unterrichten; dabei wird ausdrücklich auch eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen im Hinblick auf **Präventionsmaßnahmen** angeordnet.

Damit dient auch diese Regelung zumindest mittelbar dem präventiven Anliegen des SGB IX in seiner Gesamtheit, also in sämtlichen Ausprägungen.

11.44 §§ 68 – 160 SGB IX – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehindertenrecht)

Der zweite Teil des SGB IX hat das frühere Schwerbehindertengesetz ersetzt. In diesen Regelungen werden **öffentlich-rechtliche Verpflichtungen**, insbesondere der hierfür zuständigen Behörden geregelt; es handelt sich um die Integrationsämter[52], die an die Stelle der früheren Hauptfürsorgestellen getreten sind; außerdem werden öffentlich-rechtliche Verpflichtungen der Arbeitgeber und arbeitsrechtliche Schutzregelungen zugunsten der schwerbehinderten Menschen festgelegt.

Auch mit diesen Regelungen werden **präventive Zielsetzungen** verfolgt insoweit, als damit erreicht werden soll, dass schwerbehinderte oder diesen gleichgestellte Menschen[53] trotz der vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen am **Leben in der Gesellschaft** und vor allem auch am **Arbeitsleben teilhaben** sollen.

Dies wird durch die bereits angesprochenen Schutzregelungen bewirkt, die im Nachfolgenden beispielhaft aufgeführt werden.

---

[52] vgl. §§ 101 ff. SGB IX
[53] vgl. § 68 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 2 SGB IX

11.44.1 Beschäftigungspflicht – Ausgleichsabgabe

§ 71 Abs. 1 SGB IX verpflichtet **private und öffentliche Arbeitgeber**[54] zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auf wenigstens 5 % der Arbeitsplätze; schwerbehinderte Auszubildende werden doppelt angerechnet[55]; weiterhin ist eine Mehrfachanrechnung auch für besonders schwerbehinderte Personen möglich[56].

Kommen Arbeitgeber dieser **Beschäftigungspflicht** nicht nach, müssen sie für jeden unbesetzten Pflichtplatz eine Ausgleichsabgabe entrichten[57]; diese Ausgleichsabgabe wird von den Integrationsämtern erhoben; sie darf nur für besondere Leistungen zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben verwendet werden[58] - auch das dient präventiven Zielsetzungen.

Mit der Beschäftigungspflicht ist eine **Prüfpflicht** bei Neueinstellungen in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt verbunden[59].

11.44.2 Benachteiligungsverbot. Förderungsgebot

Für **Arbeitgeber** wird das Benachteiligungsverbot des **Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG**[60] dergestalt umgesetzt, dass Arbeitgeber gegenüber schwerbehinderten Menschen ein **Benachteiligungsverbot** zu beachten haben[61].

Aus **Art. 81 Abs. 4 SGB IX** folgt ein **Förderungsgebot**, demzufolge der Arbeitgeber u.a. zur behinderungsgerechten Ausgestaltung von Arbeitsplätzen verpflichtet ist sowie zur Beschäftigung nach den Fähigkeiten und Kenntnissen, die ein Schwerbehinderter hat.

Die Arbeitgeber treffen mit den Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräten in Zusammenarbeit mit dem Schwerbehinderten-Beauftragten des Arbeitgebers[62] **Integrationsvereinbarungen** gem. **§ 83 SGB IX**.

---

[54] die über mindestens 20 Arbeitsplätze verfügen
[55] § 76 Abs. 2 SGB IX
[56] § 76 Abs. 1 SGB IX
[57] vgl. § 77 SGB IX
[58] § 71 Abs. 5 SGB IX
[59] § 81 Abs.1 SGB IX
[60] sowie der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27.11.2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf, Amtsblatt Nr. L 303 v. 2.12.2000, S. 16f.
[61] § 81 Abs. 2 SGB IX
[62] vgl. § 98 SGB IX

11.44.3 Prävention

Eine umfassende **Verpflichtung** des **Arbeitgebers** zu präventiven Maßnahmen ist in **§ 84 Abs. 1 SGB IX** normiert. **Gefährdungen** im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis sind zu verhindern im Wege einer **Gefahrenvorsorge** und zwar dadurch, dass personen-, verhaltens- oder betriebsbedingte Schwierigkeiten registriert werden und dass **„möglichst frühzeitig“** die Schwerbehindertenvertretung, die **Betriebs-, Personal-** und ähnliche **Räte** (vgl. § 93 SGB IX) sowie das Integrationsamt eingeschaltet werden. „Alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen“ sind zu erwägen, um ein **Ausscheiden** aus dem **Beschäftigungsverhältnis** dauerhaft zu **verhindern**.

Nach **§ 84 Abs. 2 SGB IX** hat der Arbeitgeber bei einer **Gefahr** für die **Fortdauer** des **Beschäftigungsverhältnisses** wegen längerer Arbeitsunfähigkeit oder aus gesundheitlichen Gründen die dort angeordneten Maßnahmen zu veranlassen (beginnend mit der Einschaltung der Schwerbehindertenvertretung)

Diese Verpflichtung des Arbeitgebers besteht bei einem derartigen **drohenden Verlust** der Beschäftigung **auch für Behinderte** sowie für **von Behinderung bedrohte** Menschen (§ 84 Abs. 2 S. 3 SGB IX) – im letzten Fall könnte man als wiederum von einem gleichsam verdoppeltem präventiven Anliegen des Gesetzgebers sprechen.

11.44.4 Kündigungsschutz

Für schwerbehinderte Menschen besteht ein besonderer Kündigungsschutz; die **Gefahr** eines **Ausscheidens aus dem Arbeitsleben** soll dadurch vermindert werden. U.a. bedarf die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen der Zustimmung des Integrationsamtes[63].

Beratung und Hilfe erfahren die Schwerbehinderten durch die Schwerbehindertenvertretung[64]; zur Interessenwahrnehmung tritt die Überwachung über die **Einhaltung** des **Schutzvorschriften** hinzu[65].

---

[63] vgl. insgesamt §§ 85 – 92 SGB IX
[64] §§ 93 – 100 SGB IX
[65] § 95 Abs. 1 SGB IX

Insgesamt soll auch dadurch ein ungerechtfertigtes **Ausscheiden** aus dem **Arbeitsleben verhindert** werden.

11.44.5 Hilfen im Arbeitsleben

Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben wird von den **Integrationsämtern** in **Zusammenarbeit** mit den Arbeitsämtern und den anderen Rehabilitationsträgern durchgeführt. Damit sollen technische Arbeitshilfen, Hilfen zur Existenzgründung, zum Erhalt der beruflichen Kenntnisse und zur behinderungsgerechten Ausstattung der Arbeitsplätze gegeben werden[66]. Hierzu können auch Integrationsfachdienste eingeschaltet werden[67]; weiterhin können Integrationsprojekte eingeschaltet werden[68].

Insgesamt wird auch damit versucht, **Schwerbehinderte** vor einem **Ausscheiden aus dem Arbeitsleben** zu **bewahren**.

11.44.6 Werkstätten für behinderte Menschen

Diese Einrichtungen sind für behinderte Menschen gedacht, die nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, jedoch ein **Mindestmaß** an wirtschaftlich verwertbarer **Arbeitsleistung** erbringen können[69].

Auch damit soll eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesichert und ein **Ausscheiden** aus diesem **Lebensbereich**, insbesondere dem Arbeitsleben, **verhindert** werden.

---

[66] vgl. § 102 Abs. 3 SGB IX
[67] §§ 109 – 115 SGB IX
[68] vgl. im Einzelnen §§ 132 – 135 SGB IX
[69] vgl. § 136 Abs. 2 SGB IX

11.44.7 Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr. Unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr

Auch diesen Regelungen[70] wird man **präventive Wirkung** dergestalt abgewinnen können, dass dadurch **Barrieren abgebaut** werden, die möglicherweise eine Teilhabe am Arbeitsleben verhindern würden.

[70] vgl. §§ 146 – 154 SGB IX

12. 10. Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) Sozialverfahren und Sozialdatenschutz

12.1 2. Kapitel – Schutz der Sozialdaten

Der Datenschutz wird im Sozialverwaltungsrecht durch ein **Zusammenwirken von § 35 SGB I, §§ 67 – 85a SGB X**, durch eine Reihe von Vorschriften des **SGB IV** sowie vor allem auch durch bereichsspezifische datenschutzrechtliche Regelungen der **Besonderen Teile** bewirkt[1].

Der Gesetzgeber normiert die **Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse**, die datenschutzrechtlich relevant sind und unterscheidet zwischen folgenden datenschutzrechtlich erheblichen Vorgängen:

- **Erheben** von Daten – das Beschaffen von Daten über den Betroffenen, vgl. § 67 Abs. 5 SGB X
- die **Verarbeitung** von Daten (das Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Daten), vgl. § 67 Abs. 6 Satz 1 SGB X
- die **Nutzung** (jede Verwendung von Sozialdaten, die nicht Verarbeitung ist), vgl. § 67 Abs. 7 SGB X

Die Zulässigkeit der Verarbeitung und der Nutzung ist als generelles Verbot mit Erlaubnisvorbehalt ausgestaltet; dieser Vorbehalt ist in Form von **drei** alternativen **Erlaubnistatbeständen** normiert[2].

12.1.1 § 68 SGB X – Übermittlung für Aufgaben der Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften und Gerichte, der Behörden der Gefahrenabwehr und zur Durchsetzung öffentlich-rechtlicher Ansprüche

Eine Ermittlung von Sozialdaten ist u.a. zulässig zur Erfüllung von Aufgaben der **Polizeibehörden**; diese haben die Aufgabe und Befugnis, **Gefahren** für die öffentliche Sicherheit und

[1] vgl. näher KassKomm-Seewald, § 35 SGB I RdNr. 2 - 4
[2] § 67b Abs. 1 SGB X; auch die bereichsspezifischen Datenschutzregelungen, z.B. §§ 284 ff. SGB V, §§ 93 ff. SGB XI, §§ 61 ff. SGB XIII sind Erlaubnistatbestände

Ordnung **abzuwenden** – und dazu gehören auch Gefahren für Leben, Gesundheit und körperliche Unversehrtheit[3].

Somit kann eine **Übermittlung gem. § 68 SGB X an Polizeibehörden**, aber auch an sonstige Behörden der Gefahrenabwehr[4] durchaus auch dem Schutz von Leben, Gesundheit und körperlicher Unversehrtheit von Personen dienen, zu deren Gunsten Polizei und sonstige Gefahrenabwehrbehörden (Sicherheitsbehörden) tätig werden sollen, somit dient sie der **Prävention**.

Man könnte insoweit von einer gleichsam **fremdnützigen Vorsorge** derjenigen Sozialverwaltungsbehörden sprechen, die eine derartige Übermittlung vornehmen.

12.1.2 § 70 SGB X – Übermittlung für die Durchführung des Arbeitsschutzes

Eine besondere Befugnis zur Übermittlung von Sozialdaten wird eingeräumt im Hinblick auf die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, die den **Arbeitsschutz** betreffen. Das Gesetz nennt nähere Voraussetzungen: Die staatlichen Behörden oder die Bergbehörden müssen auf diese Daten bei der Durchführung des von ihnen zu verantwortenden Arbeitsschutzes angewiesen sein; außerdem dürfen schutzwürdige Interessen des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden, oder das öffentliche Interesse an der Durchführung des Arbeitsschutzes muss das Geheimhaltungsinteresse des Betreffenden erheblich überwiegen.

12.1.3 § 71 SGB X – Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse

Eine Übermittlung von Sozialdaten ist außerdem zulässig, wenn sie erforderlich ist zur **Abwendung geplanter Straftaten** nach § 138 StGB; betrachtet man die zahlreichen Delikte, die dort genannt sind, u.a. Mord, **Totschlag**, Völkermord, Raub, räuberische Erpressung und eine Anzahl **gemeingefährlicher Straftaten**, so wird deutlich, in welcher Weise diese Bestimmung des sozialverwaltungsrechtlichen Datenschutzes dazu beitragen soll, dass Leben, körperliche Unversehrtheit und Gesundheit einer mehr oder weniger großen Anzahl von Perso-

[3] vgl. z.B. Art. 11 Abs. 2 BayPAG
[4] die ebenfalls materiell-polizeiliche Aufgaben im oben beschriebenen Sinne zu erledigen haben

nen geschützt werden dadurch, dass eine bestehende **Gefahrenlage beseitigt** und ein drohender Schaden abgewendet wird.

Weiterhin erlaubt § 71 SGB X – in Abs. 1 Satz 2 – die Übermittlung von Sozialdaten zum **Schutz der öffentlichen Gesundheit** nach § 8 Infektionsschutzgesetz[5] (IfSG); dieses Gesetz hat die zuvor bestehenden Regelungen des Bundes-Seuchengesetzes sowie des Geschlechtskrankheitengesetzes abgelöst; Zweck des Gesetzes ist es, **übertragbaren Krankheiten** beim Menschen **vorzubeugen, Infektionen frühzeitig** zu **erkennen** und ihre Weiterverbreitung zu verhindern[6].

§ 8 IfSG regelt im Rahmen des Meldewesens[7] die „zur Meldung verpflichteten Personen". Die Übermittlung von Sozialdaten ist zum Schutz der öffentlichen Gesundheit dann angezeigt, wenn damit die **Ausbreitung von Seuchen und Geschlechtskrankheiten verhindert** werden kann[8]; sie hat gegenüber dem für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständigen Gesundheitsamt zu erfolgen; der Umfang der zu übermittelnden Daten ist nicht eingeschränkt; allerdings ist der Grundsatz der Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit zu beachten[9].

12.1.4 § 72 SGB X – Übermittlung für den Schutz der inneren und äußeren Sicherheit

Angesichts der Aufgaben des Bundesnachrichtendienstes, des Militärischen Abschirmdienstes und des Bundeskriminalamts ist es durchaus vorstellbar, dass die Datenübermittlung an diese Behörden sowie an die Behörden des Verfassungsschutzes (in Bund und Ländern) **mittelbar** auch dem **Schutz von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Gesundheit** derjenigen Personen dient, die durch die Tätigkeiten dieser Behörden auch insbesondere vorsorglich in diesen Gütern geschützt werden sollen.

---

[5] vom 20.7.2000, BGBl. I, S. 1045
[6] § 1 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
[7] vgl. im Einzelnen §§ 6 ff. IfSG
[8] vgl. KassKomm-Scholz, § 71 SGB X, RdNr. 12
[9] KassKomm-Scholz, aaO., RdNr. 14

12.1.5 § 74 SGB X – Übermittlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht und beim Versorgungsausgleich

Bereits im Hinblick auf §§ 48 und 49 SGB I wurde gezeigt, dass bei einer Verletzung der Unterhaltspflicht durchaus auch **Beeinträchtigungen von Gesundheit**, sowohl im engeren als auch im weiteren Sinne verstanden, **drohen** können.

In ähnlicher Weise kann § 74 SGB X dahingehend **präventiv gedeutet** werden, dass die Übermittlung von Sozialdaten zum Zwecke der Geltendmachung eines gesetzlichen oder vertraglichen Unterhaltsanspruches ebenfalls eine derartige Wirkung entfalten kann.

12.1.6 § 75 SGB X – Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung

Nach **§ 1 SGB V** hat die **Krankenversicherung** die weitgefasste Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu bessern; sie haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Dies dürfte nur dann möglich sein, wenn auch wissenschaftliche Forschung im Sozialleistungsbereich unter diesen Gesichtspunkten getätigt wird. Dementsprechend hat § 20 Abs. 1 Satz 2 i.d.F. des GRG vorgesehen, dass die Krankenkassen den **Ursachen** von **Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden** nachgehen sollen und auf ihre Beseitigung hinwirken sollen.

Dies alles sind **präventive Anliegen**, die sich zwar nicht unmittelbar an konkrete Zielpersonen der Prävention richten, die aber gleichwohl – wenn auch nur mittelbar – unentbehrlich sind.

So gesehen dient die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich durchaus präventiven Zwecken, man könnte auch von **„allgemeiner Prävention“** sprechen.

12.1.7 § 78c SGB X – Datenschutzaudit

Dieses Instrument der **Zertifizierung** bestimmter Anbieter dient der **Verbesserung** des Datenschutzes und der **Datensicherheit**. Auch das kann im weiteren Sinne als Maßnahme zur Vorbeugung gegen Datenmissbrauch und somit als **präventiv** wirkendes Mittel gesehen werden.

12.2 3. Kapitel – Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehung zu Dritten

1. Abschnitt – Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander und mit Dritten

1. Titel – Allgemeine Vorschriften

12.2.1 § 86 SGB X – Zusammenarbeit

Bei dieser Vorschrift handelt es sich um eine Generalklausel, die jedoch nicht nur programmatischen und somit relativ unverbindlichen Charakter hat, sondern uneingeschränkte Rechtsverbindlichkeit besitzt. Es handelt sich um eine Grundnorm des organisationsrechtlichen Sozialverwaltungsrechts mit integrativ-systembildender Funktion[10].

Gesundheitsbezogene Prävention wird von dieser Vorschrift demnach insoweit erfasst, als die **Zusammenarbeit im Bereich der Prävention von Leistungsträgern** untereinander, deren Verbände sowie auch die Zusammenarbeit von anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, soweit sie als „Dritte“ vom SGB erfasst werden, hinsichtlich ihrer Intensität verbindlich festgelegt wird; die Zusammenarbeit muss „eng“ sein[11].

Beispiele hierfür:

- **§ 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V** – Zusammenarbeit der Spitzenverbände der Krankenkassen im Hinblick auf prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention
- **§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB V** – Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung
- **§ 20 Abs. 4 Satz 2 SGB V** – Zusammenarbeit bei der Erstellung eines Verzeichnisses der Krankheitsbilder, bei deren Prävention eine Förderung zulässig ist
- **§ 20 Abs. 4 Satz 3 SGB V** – Zusammenarbeit bei der Erstellung von Grundsätzen zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe
- **§ 21 Abs. 1 SGB V** – Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Zahnärzten sowie mit den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen.
- **§ 135a Abs. 2 SGB V** – auch diese Vorschrift sieht in der Verpflichtung, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, praktisch ein Gebot

---

[10] KassKomm-Seewald, § 86 SGB X, RdNr. 8, 11

zur Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den zugelassenen Krankenhäusern sowie den Erbringern von Vorsorgeleistungen vor

- in einem weiteren Sinne ist Zusammenarbeit auch insoweit gesetzlich angeordnet, als die in § 86 SGB X genannten Institutionen verfahrensrechtliche Mitwirkungsrechte besitzen, beispielsweise bei **§ 136a Satz 2 SGB V** (Gelegenheit zur Stellungnahme im Hinblick auf Qualitätssicherungsrichtlinien nach **§ 135a Abs. 2 SGB V**, die auch Vorsorgeleistungen betreffen), **§ 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V** (Stellungnahme der KBV im Hinblick auf Vereinbarungen zur Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern), **§ 137c SGB V** (Zusammenarbeit im Rahmen eines gesetzlich angeordneten „Ausschusskrankenhaus" zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus).
- Die Beziehungen von Leistungserbringern innerhalb einer **integrierten Versorgungsform**[12] sind in erster Linie durch die diesbezüglichen Rahmenvereinbarungen sowie die konkreten Vereinbarungen geprägt; zusätzlich dürfte auch insoweit § 86 SGB X Wirkung entfalten.
- **§ 141 SGB V** – Konzertierte Aktion; auch die Arbeit der konzertierten Aktion ist, soweit Institutionen des § 86 SGB X dort mitwirken[13], wohl an das Gebot enger Zusammenarbeit gebunden.
- **§ 211 und § 217 SGB V** – in diesen Vorschriften wird die Verpflichtung der Landesverbände und der Bundesverbände normiert, ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen; zu diesen Aufgaben gehören auch diejenigen Zielsetzungen der Prävention, die den Krankenversicherungsträgern allgemein durch das SGB V aufgegeben sind.
- Zusammenarbeit mit präventivem Charakter ist weiterhin in **§ 14 Abs. 2 SGB VII** angeordnet; auch insoweit gilt § 86 SGB X. Konkretisiert wird diese Norm durch die Vorschriften der „Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit anderen Leistungsträgern" in **§§ 188 – 190 SGB VII**, wobei sich **§ 188 SGB V** – Auskunftspflicht der Krankenkassen – auf Maßnahmen mit präventivem Gehalt beziehen könnte.
- **§ 20 SGB VII** – Zusammenarbeit mit Dritten; in dieser Regelung ist die enge Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden geregelt; die gegenseitigen Pflichten sind relativ genau normiert.

---

[11] dazu näher KassKomm-Seewald, § 86 SGB X, RdNr. 89 ff.
[12] vgl. SGB V, 4. Kap., 11. Abschnitt, §§ 140a ff.
[13] vgl. § 141 Abs. 3 SGB V

– Ein weiteres Beispiel der gesetzlich angeordneten Zusammenarbeit ergibt sich aus **§ 8** (gemeinsame Verantwortung) **SGB XI**; in § 8 Abs. 2 SGB XI werden die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes zur engen Zusammenarbeit verpflichtet; diese Verpflichtung ist dort im Einzelnen konkretisiert und betrifft „automatisch" auch die Leistungen der Pflegeversicherung zur Vorsorge, die dort allerdings nur schwach ausgeprägt sind[14].
Auf die Regelungen des **SGB III** insoweit, als sie Verpflichtungen zur Zusammenarbeit enthält, soll an dieser Stelle nur pauschal verwiesen werden. Ausgeprägt ist in diesem Bereich die „Zusammenarbeit" – allerdings nicht im Sinn des § 86 SGB X – zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit den Arbeitsämtern[15]. Bemerkenswert dürfte insbesondere sein die Zusammenarbeit der **Arbeitsverwaltung** mit den Trägern der **Sozialhilfe** im Hinblick auf die Wiedereingliederung von Arbeitslosen/Sozialhilfeempfängern in das Arbeitsleben.

– **§ 5 Abs. 2 BSHG** – diese Regelung betrifft die Beziehung zwischen einem nicht zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder einer nicht zuständigen Gemeinde und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (oder der von ihm beauftragten Stelle) und regelt die Fälle, in denen der Anspruch auf Sozialhilfe gegeben ist und gemäß dem Amtsprinzip[16] die Sozialhilfe einzusetzen ist; davon betroffen können auch die gesundheitsbezogenen Präventionsleistungen gemäß § 37 BSHG sein.

– **§ 10 SGB IX** - Koordinierung der Leistungen. Diese Vorschrift regelt ebenfalls die Zusammenarbeit und zwar in den Fällen, in denen Leistungen **verschiedener Leistungsgruppen** oder **mehrerer Rehabilitationsträger** erforderlich sind; in diesen Fällen ist der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander (und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten) die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das Prinzip der **„Nahtlosigkeit"** von Leistungen, das auch in dem **präventiv stark ausgeprägten SGB IX** gilt. Die Rehabilitationsträger sichern weiterhin auch durchgehend das Leistungserbringungs-Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf (Abs. 1 Satz 3).

---

[14] vgl. § 32 SGB XI
[15] vgl. § 2 SGB III

Schließlich ist zu erwähnen, dass das Gebot der „Koordinierung der Leistungen“ entsprechend **auch** für die **Integrationsämter** in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen gilt; die diesbezüglichen besonderen Regelungen des SGB IX zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen, das Schwerbehindertenrecht sind in §§ 68 – 160 SGB IX geregelt.

– **§ 11 SGB IX** – Zusammenwirken der Leistungen. Eine offensichtlich **präventive Funktion** hat auch diese Regelung, derzufolge der zuständige Rehabilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während der Leistungserbringung und auch noch danach zu prüfen hat, ob u.a. von **Behinderung bedrohter Menschen** im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben – und zeitgleich mit den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – hinsichtlich des Erhalts ihrer Erwerbsfähigkeit besonderer Leistungen bedürfen, weil andernfalls die **Teilhabe am Erwerbsleben gefährdet** ist. Der Rehabilitationsträger hat die Bundesanstalt für Arbeit gem. § 38 SGB IX zu beteiligen[17].

  Auch § 11 Abs. 2 SGB IX dient der **Prävention**; bei der **Gefährdung** des bisherigen **Arbeitsplatzes** – und den sich dabei „automatisch“ ergebenden möglichen Nachteilen – hat der für die medizinische Rehabilitation zuständige Leistungsträger mit dem für die Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Träger zu klären, was zur „Gefahrenabwehr“ erforderlich ist.

  Schließlich wird nach § 11 Abs. 3 SGB IX auch das Integrationsamt – also Schwerbehinderten – in gleicher Weise beteiligt.

– **§ 12 SGB IX** – Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Ausdrücklich werden die Rehabilitationsträger durch diese Regelung verantwortlich gemacht für beispielsweise die nahtlose und zügige sowie einheitliche Leistungserbringung und die einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen[18]. Die **Bezugnahme** auf die **§§ 1 und 4 SGB IX** bedeuten, dass auch hinsichtlich der **präventiven Zielsetzungen** dieses Gesetzgebungswerkes die in § 12 SGB IX normierte Zusammenarbeit gewährleistet ist.

– **§ 13 SGB IX** – Gemeinsame Empfehlungen. Nach **Abs. 1** dieser Vorschrift werden die Rehabilitationsträger **zu gemeinsamen Empfehlungen** verpflichtet im Hinblick auf die Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1 SGB IX, die – wie gesagt – wiederum auf die Ziele der §§ 1 und 4 SGB IX Bezug nimmt; damit haben sich diese gemeinsamen Empfehlungen

---

[16] § 5 Abs. 1 BSHG
[17] vgl. im Einzelnen § 11 Abs. 1 sowie § 38 SGB IX

auch auf den **präventiven Bereich** und die auch hierfür geltende Nahtlosigkeit und Zügigkeit der Leistungserbringer (um nur diese Grundsätze zu nennen) zu erstrecken.
Weiterhin haben – nach **§ 13 Abs. 2 SGB IX** – die Rehabilitationsträger **gemeinsame Empfehlungen** zu vereinbaren, die ausweislich des Wortlauts dieser Regelung zu einem großen Teil auch **präventive Zielsetzungen** verfolgen: die **Vermeidung** des Eintritts einer **Behinderung** (Nr. 1), die **Verhinderung** einer **Behinderung**, die durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingt ist (Nr. 2), die Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit gem. § 38 SGB IX mit den erwähnten präventiven Zielsetzungen (Nr. 4), die Förderung von **Selbsthilfegruppen**, -organisationen und –kontaktstellen, die sich u.a. die **Prävention** und die **Früherkennung** von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben (Nr. 6), die möglichst frühzeitige Erkennung eines individuellen Bedarfs und der voraussichtlich erforderlichen Leistungen (Nr. 9).
Nach **§ 13 Abs. 5 SGB IX** werden die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe in diese Vereinbarungen eingebunden.
Nach **§ 13 Abs. 6 SGB IX** haben diese Empfehlungen insbesondere auch die besonderen Bedürfnisse **von Behinderung bedrohter Frauen** und Kinder zu berücksichtigen.

– **§ 14 SGB IX** – Zuständigkeitserklärung. Diese Reglung hat das Ziel, behinderte und **von Behinderung bedrohte Menschen** möglichst rasch in den Genuss der **Leistungen** kommen zu lassen, die gesetzlich vorgesehen sind – letztlich u.U. unabhängig davon, ob wirklich der zuständige Rehabilitationsträger handelt.
Soweit das SGB IX präventive Zielsetzungen verfolgt, kommt diese Regelung also auch einer möglichst raschen und damit wirksamen Vorsorge im Sinne der **Abwendung von** wahrscheinlichen **Schäden** entgegen.
Die durch diese Regelung u.U. vorgenommene Zuständigkeitsverlagerung hat der Gesetzgeber offensichtlich in Kauf genommen. Lediglich die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter bleiben unberührt[19].
Weiterhin erstreckt sich die Wahrnehmung von Leistungen zur Teilhabe durch den unzuständigen Leistungsträger nicht auf solche Leistungen, für die dieser Leistungsträger überhaupt nicht zuständig sein kann[20].

– **§ 17 SGB IX** – Ausführung von Leistungen. Diese Vorschrift regelt u.a. auch die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern bei der Ausführung von **Leistungen zur Teilha-**

---

[18] vgl. § 12 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX
[19] vgl. § 14 Abs. 5 Satz 7 SGB IX

be[21]. Die Leistungen zur Teilhabe sind in §§ 1 und 4 SGB IX normiert, verfolgen also zu einem großen Teil **auch präventive Zielsetzungen**; demnach ist also auch diese Zusammenarbeit im Rahmen der Prävention relevant.

– **§ 19 SGB IX** – Rehabilitationsdienste und –einrichtungen. Hierbei geht es um **institutionelle Vorgaben**, die sich an sämtliche Rehabilitationsträger richten; diese sind verpflichtet, gemeinsam (unter Beteiligung von Bundesregierung und der Landesregierung) darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen[22].
§ 19 Abs. 3 betrifft Leistungen an u.a. **von** einer **Behinderung bedrohte Kinder**; diesbezüglich wird eine gemeinsame Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder angestrebt. Diese Regelung hat möglicherweise nicht nur organisatorisch-institutionelle Bedeutung.

– **§ 20 SGB IX** – Qualitätssicherung. Zur Zusammenarbeit sind die Rehabilitationsträger[23] auch im Hinblick auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen verpflichtet; dabei hat der Gesetzgeber insbesondere das Prinzip der **„barrierefreien Leistungserbringung“** vorgeschrieben; auch für die ebenfalls angeordnete Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein **effektives Qualitätsmanagement** der Leistungserbringer ist eine Zusammenarbeit unumgänglich.
Alles dies dient selbstverständlich **auch** den **Leistungen mit präventiver Zielsetzung**.

– **§ 21 SGB IX** – Verträge mit Leistungserbringern. Die gesetzlichen Anforderungen an die **Verträge** über die Ausführung von **Leistungen** durch Rehabilitationsdienste und –einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, sind in § 21 Abs. 1 SGB IX normiert; für eigene Einrichtungen der Rehabilitationsträger gilt im Übrigen das Gleiche[24].
Zur **Zusammenarbeit** sind die Rehabilitationsträger insoweit verpflichtet, als die Verträge mit „dritten“ Leistungserbringern **nach einheitlichen Grundsätzen** abgeschlossen werden müssen; in das Ermessen der Träger ist es gestellt, ob über den Inhalt der Verträge gemeinsam Empfehlungen nach § 13 SGB IX sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und –einrichtungen vereinbart werden[25].

---

[20] § 14 Abs. 6 SGB IX
[21] § 17 Abs. 1 Nr. 1, 2. Alternative SGB IX
[22] § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
[23] nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 – 5 SGB IX
[24] § 21 Abs. 4 SGB IX
[25] § 21 Abs. 2 Satz 1 SGB IX

Auch insoweit sind – im Übrigen nicht nur durch den Verweis auf § 13 SGB IX – präventive Zielsetzungen in die Zusammenarbeit der Leistungsträger eingebunden.

- **§ 22 SGB IX** – Aufgaben (der „Gemeinsamen Servicestellen"). Die Einrichtung gemeinsamer Servicestellen[26] dient u.a. auch den **von Behinderung bedrohten Menschen**[27]; das wird durch die Aufgabenstellung im Hinblick auf Beratung und Unterstützung normiert, wobei es sich nicht um abschließende Vorgaben des Gesetzgebers handelt[28].
  Die Zusammenarbeit bezieht sich **auch** auf die **Integrationsämter**, die gegebenenfalls zu beteiligen sind im Hinblick auf die Klärung eines Hilfebedarfs[29].
  Auch die **Pflegekassen** werden u.a. auch bei **drohender Pflegebedürftigkeit** – also bei Situationen mit **Präventionsbedarf** - beteiligt[30].

- **§ 23 SGB IX** – Servicestellen. Diese Regelung verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Sicherstellung von Servicestellen unter Nutzung der bisher bestehenden Strukturen in den Landkreisen und kreisfreien Städten[31]. Dabei wird auch hinsichtlich dieser gemeinsamen Servicestelle – dieser „Kompetenzzentren" zur Rehabilitation – **ausdrücklich auch** die ortsnahe Beratung und Unterstützung **von Behinderung bedrohter Menschen** angesprochen[32].
  Auch die **allgemeinen Vorgaben** für die Ausstattung der gemeinsamen Servicestellen[33] umfasst die Situation, in denen Behinderung drohen, und dementsprechend mit **präventiver Zielsetzung** zu leisten ist.

- **§ 24 SGB IX** – Bericht. Die in dieser Regelung normierte **Berichtspflicht der Rehabilitationsträger** gegenüber der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bezieht sich auf sämtliche Aufgaben, die von den Rehabilitationsträgern zu erfüllen sind, also auch auf die Durchführung von Maßnahmen präventiven Charakters.

- **§ 38 SGB IX** – Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit. Die in dieser Vorschrift vorgesehene Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit (BA) ist ein weiterer Fall von gesetzlich angeordneter Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern. Dabei wird allerdings **keine Zuständigkeitsverlagerung** vorgenommen; vielmehr bleiben die Beteiligten im Rahmen

---

[26] Teil 1 Kap. 3 §§ 22 – 25 SGB IX
[27] § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX
[28] vgl. § 22 Abs. 1 Satz 2 SGB IX – „insbesondere"
[29] gem. Teil 2 SGB IX
[30] § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX
[31] z.Zt. gibt es etwa 440 derartige kommunale Körperschaften
[32] § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IX
[33] § 23 Abs. 3 SGB IX

ihres Kompetenzbereiches, der jeweils **auch Leistungen mit präventiver Zielsetzung** umfasst.

- **§ 61 SGB IX** – Sicherung der Beratung behinderter Menschen. In § 60 SGB IX werden bestimmte Personen Sorgeberechtigter verpflichtet, im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrages behinderte Menschen einer gemeinsamen Servicestelle oder einer sonstigen Beratungsstelle oder auch einem Arzt im Hinblick auf geeignete Leistungen zur Teilhabe vorzustellen.
  § 61 SGB IX stellt klar, dass auch bei Menschen, bei denen der Eintritt der **Behinderung** nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung **zu erwarten** ist, entsprechend zu verfahren ist[34].
  Man wird wohl interpretativ nicht zu weit gehen, auch **allgemein** die Sicherung von Beratung und Auskunft auf Fälle zu erstrecken, bei denen eine Behinderung droht.
- **§ 62 SGB IX** – Landesärzte. In gewisser Weise sind auch die Landesärzte, die von den Bundesländern bestellt werden können und die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für u.a. auch von Behinderung bedrohter Menschen verfügen, ein Fall von **Zusammenarbeit** im Bereich der **Prävention**. Dies folgt aus den **Aufgaben**, die das Bundesrecht für diese Landesärzte vorgesehen hat[35].
- **§ 64 SGB IX** – Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen. Diese Regelung verpflichtet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zur Bildung eines Beirates; ausdrücklich wird dort nur die Teilhabe behinderter Menschen angesprochen[36].
  Man muss allerdings bedenken, dass zu den **Aufgaben des Beirates** insbesondere die Anregung und Koordinierung von Maßnahmen zur Evaluierung der im **SGB IX** getroffenen Regelungen gehört – das betrifft auch **Normen mit präventivem Gehalt**[37]. Hiermit dürfte in den Aufgabenbereich dieses Beirates auch alles das fallen, was im SGB IX zur vorsorglichen Verhinderung von Behinderungen normiert ist.
- **§ 66 SGB IX** – Berichte über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Die Pflicht der Bundesregierung zur Unterrichtung der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bezieht sich auch auf die zusammenfassende **Darstellung** und **Bewertung** der Aufwendungen zur **Prävention**, im Übrigen auch im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit und fordert, dass die Bundesregierung unter Berücksichtigung und Bewertung der im SGB IX getroffenen Regelungen die zu treffenden Maßnahmen vor-

[34] § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB IX
[35] vgl. i.E. § 62 Abs. 2 SGB IX
[36] vgl. § 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

schlägt.

In einem weiteren Sinne wird man **auch hier** von **Zusammenarbeit** sprechen können, wenn auch nicht im Sinn von § 86 SGB X; denn es geht hier um den Informationsaustausch zwischen Staatsorganen. Bemerkenswert ist, dass auch die zuständigen Landesministerien beteiligt werden müssen[38].

12.2.2 § 94 SGB X – Arbeitsgemeinschaften

Diese **Form der Zusammenarbeit** wird in **§ 94 Abs. 1 SGB X** speziell im Hinblick auf dort **speziell** genannte **Arbeitsgemeinschaften** geregelt, deren Aufgaben sich offensichtlich (auch) **im präventiven Bereich** bewegen[39].

Weiterhin enthält **§ 94 Abs. 2 SGB X** gemeinsame Regelungen für die Arbeitsgemeinschaften der Besonderen Teile des SGB und ordnet an, dass diese Arbeitsgemeinschaften der staatlichen **Aufsicht** unterliegen. Damit wird auch ein inhaltlicher Bezug hergestellt zur **Prävention** dergestalt, dass diejenigen Arbeitsgemeinschaften des SGB, die präventive Aufgaben wahrnehmen, unter Staatsaufsicht gestellt werden.

Beispielhaft seien folgende Regelungen genannt:

- **§ 219 Abs. 2 SGB V**[40]
- **§ 278 SGB V** – Arbeitsgemeinschaft. Der „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ wird in dieser besonderen Form der Zusammenarbeit geführt[41]. Die Koordinierung der Medizinischen Dienste findet auf Bundesebene wiederum durch eine Arbeitsgemeinschaft statt, vgl. § 282 SGB V.
- **§ 24 SGB VII** – überbetrieblicher arbeitsmedizinischer oder sicherheitstechnischer Dienst. Diese überbetriebliche arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Zusammenarbeit ist auch in Form von Arbeitsgemeinschaften möglich, wobei offenbar auch präventive Ziele verfolgt werden.
- **§ 78 SGB VIII** – Arbeitsgemeinschaften. Danach sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Bildung von Arbeitsgemeinschaften anstreben, damit sich geplante Maßnah-

---

[37] vgl. § 64 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX
[38] § 66 Satz 5 SGB IX
[39] Krebsbekämpfung, Rehabilitation Suchtkranker, Heimdialyse
[40] vgl. dazu oben B. II. 2. a.E.
[41] zu Organisation, Aufgaben, Finanzierung, Aufsicht und Ausnahmen vgl. §§ 279 – 281, 283 SGB V

men gegenseitig ergänzen und aufeinander abgestimmt werden; das betrifft auch die Maßnahmen mit präventivem Gehalt.

- **12 Abs. 2 SGB IX** – Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Nach Absatz 2 dieser Vorschrift sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden; der Gesetzgeber verweist dabei auf die Regelungen des SGB X[42]. In dieser Regelung sind **sämtliche Aufgaben zur Teilhabe behinderter Menschen** angesprochen; ausdrücklich sind die von **Behinderung bedrohten Menschen nicht** genannt. Gleichwohl wird man davon ausgehen können, dass diese organisatorische Regel - Verpflichtung[43] auch präventive Aufgabenstellungen umfasst.
- **§ 19 Abs. 6 SGB IX** – Rehabilitationsdienste und –einrichtungen. Nach Abs. 6 dieser Regelung sollen diese Institutionen mit gleicher Aufgabenstellung Arbeitsgemeinschaften bilden. Es ist nicht ersichtlich, dass in irgend einer Weise eine Beschränkung auf behinderte Menschen (unter Ausschluss von Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind) vorgenommen werden soll. Demnach geht es auch hier um Vorgaben, die den Bereich der Prävention einschließen.
- **§ 21 Abs. 2 Satz 1 SGB IX** – Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und –einrichtungen. In dieser Regelung des SGB IX werden ebenfalls die Arbeitsgemeinschaften erwähnt, deren Tätigkeit sich selbstverständlich **auch** auf **präventive Aufgabenstellungen** bezieht.

12.2.3 § 95 SGB X – Zusammenarbeit bei Planung und Forschung

Diese Regelung regelt **besondere Maßnahmen** der **Zusammenarbeit**. Zum einen geht es um Planungen, die auch die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben anderer Stellen[44] von Bedeutung sind; in diesen Fällen sind Planungen im Benehmen miteinander abzustimmen. Weiterhin werden die in § 86 SGB X genannten Stellen verpflichtet, gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich anzustreben.

Schließlich sollen die jeweiligen Gebietskörperschaften und gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen bei der **Bedarfsermittlung** beteiligt werden.

---

[42] vgl. § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB IX in Verbindung mit § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB X
[43] in § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

Zudem sind **Forschungsvorhaben** über den gleichen Gegenstand aufeinander abzustimmen; auch diese Verpflichtung gilt für alle in § 86 SGB X genannten Stellen.

Diese Zusammenarbeit ist insgesamt bezogen auf **sämtliche Aufgaben dieser Stellen**; somit sind auch die Aufgaben primären Charakters mit umfasst.

12.2.4 § 96 SGB X – Ärztliche Untersuchungen, psychologische Eignungsuntersuchungen

Diese Regelung soll insgesamt verhindern, dass überflüssige Maßnahmen unterbleiben. Das dient nicht nur der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung insgesamt, insbesondere wenn mehrere Leistungsträger beteiligt sind; sondern darüber hinaus wird auch die Leistungserbringung beschleunigt, was insbesondere im Hinblick auf **Zügigkeit** und **Nahtlosigkeit** bei Präventionsmaßnahmen zu beachten ist.

Insoweit dient auch diese Regelung den Zielen der **Prävention**[45].

12.2.5 § 97 SGB X – Durchführung von Aufgaben durch Dritte

Nach dieser Vorschrift muss sichergestellt sein, dass auch den Fällen, in denen ein **Leistungsträger** oder eine Arbeitsgemeinschaft **nicht** gleichsam **eigenhändig** leistet, eine sachgerechte Öffnung der Aufgaben gesichert ist. Umschlossen hiervon sind **auch Leistungen mit präventivem Charakter**, so dass auch der Präventionsbereich der Leistungsträger zumindest mittelbar erfasst ist und dass diesbezügliche Anliegen des Gesetzgebers gewährleistet sind.

12.2.6 § 98 SGB X – Auskunftspflicht des Arbeitgebers

In § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB X trifft den Arbeitgeber auf Verlangen des Leistungsträgers u.a. die Pflicht, über die **Art und Dauer der Beschäftigung** Auskunft zu erteilen. Man **würde** diese Vorschrift (auch) dahingehend verstehen, dass auch für die Erbringung von Sozialleistungen mit präventivem Charakter derartige Auskünfte verwendet werden können, um bei-

---

[44] im Sinn des § 86 SGB X
[45] und zwar sowohl hinsichtlich der Maßgaben in § 86 Abs. 1 als auch in Abs. 2 SGB X

spielsweise geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die einen **Verbleib** im **Arbeitsleben** oder auch die Abwehr **drohender Behinderungen** umfasst.

12.2.7 § 100 SGB X – Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs

Zu den Aufgaben des **SGB** gehören auch zahlreiche **präventive Maßnahmen**. Soweit es erforderlich ist, ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufs verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, allerdings nur so weit das gesetzlich ausdrücklich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Diese Regelung betrifft jeweils das **gesamte Aufgabenfeld** eines Leistungsträgers, also auch Leistungen präventiven Charakters.

III. Regelungen mit präventiv-gesundheitsschützendem Gehalt in anderen verwaltungsrechtlichen Regelungen

1. Vorbemerkungen

Der präventiv angelegte Schutz der **Gesundheit** durch diesbezügliche rechtliche **Regelungen** und darauf beruhende **Maßnahmen** insbesondere von Verwaltungsbehörden, tritt in den Regelungen des Sozialverwaltungsrechts – grob betrachtet – in zwei Alternativen auf: Die **Verhältnisprävention** zielt auf die „Umwelt" (im weitesten Sinn) der in einer sozialrechtlichen Beziehung stehenden Personen ab; das „klassische" Beispiel sind die diesbezüglichen Regelungen des Unfallversicherungsrechts, mit denen die Arbeitsumwelt (vor allem) des Beschäftigten so sicher gemacht werden soll, dass (Arbeits-)unfälle und (Berufs)krankheiten möglichst verhütet werden. Soweit diese Regelungen sich an die Ziel-Person, deren Gesundheit vor Beeinträchtigungen geschützt werden soll, direkt richtet, handelt es sich um **Verhaltensprävention**.

Das **übrige Verwaltungsrecht** dient zu einem nicht geringen Teil ebenfalls dem **Schutz der Gesundheit**, der von seiner Struktur und Regelungstechnik her prinzipiell ebenfalls **verhältnispräventiv** oder **verhaltenspräventiv** angelegt sein kann; soweit ersichtlich, ist allerdings eine derart differenzierende Betrachtungsweise in diesen Bereichen eher nicht üblich[1].

Versucht man einmal, gleichsam summarisch sämtliche verwaltungsrechtlichen Regelungen mit präventivem Gehalt zu betrachten, so dürfte der Anteil an **Verhältnisprävention** überwiegen; so wird beispielsweise der **polizeirechtliche Störer** im Falle einer Gesundheitsgefahr im Regelfall nicht derjenige sein, dessen eigener Gesundheit ein Schaden droht. Gleiches kann man wohl für die Bereiche des **Umweltrechts** feststellen, das ebenfalls primär dem Schutz der Allgemeinheit vor Gesundheitsgefahren dient.

Allerdings gibt es auch Situationen, in denen der Adressat präventiv-intendierter Verwaltungsmaßnahmen zugleich die Ziel-Person ist, deren Gesundheit geschützt werden soll, z.B. dann, wenn seitens der Polizei ein **Schutzgewahrsam**[2] oder im **Abfallrecht** dem Bürger gegenüber eine ordnungsgemäße Entsorgung angeordnet wird.

---

[1] eine Ausnahme bildet diesbezüglich § 20 Abs. 1 Berliner Gesundheitsdienstgesetz; dort ist Ziel u.a. die „Vermeidung ... von verhaltens- oder verhältnisbezogenen Gesundheitsproblemen"

[2] vgl. z.B. Art. 17 Abs. 1 Nr. 1 BayPolizeiaufgabenG

Das letztgenannte Beispiel zeigt im Übrigen auch, dass eine einzelne (Verwaltungs-)**maßnahme** durchaus auch **„janusköpfig“** sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventiven Charakter haben kann.

Im Nachfolgenden sollen Bereiche des Verwaltungsrechts mit ihren gesundheitsbezogenen präventiven Anliegen gezeigt werden, die nicht zum Sozialrecht im materiellen oder formellen Sinn zählen[3]. Dabei stehen die landesrechtlichen **Gesundheitsdienst**-Regelungen in einer gewissen Nähe (auch) zum Sozialrecht insoweit, als es um den Gesundheitsschutz von Gruppen oder auch einzelner Personen geht, wobei traditionell **präventive Zielsetzungen** der **Schwerpunkt** diesbezüglicher Aktivitäten darstellen[4]. Ähnliches gilt auch für die **Schulgesetze** der Länder dort, wo es um den Gesundheitsschutz von Schülern und Schulpersonal geht.

Aus dem sonstigen Verwaltungsrecht werden im Nachfolgenden Bemerkungen zum **Polizeirecht** sowie zum **Umweltrecht** vorgetragen, und zwar vor allem deshalb, weil in diesem Bereich ein bedeutsamer **Wandel von** den Vorstellungen über einen wirksamen, wirtschaftlichen **Gesundheitsschutz** unter Berücksichtigung der heutigen (natur-)**wissenschaftlichen Erkenntnisse** stattgefunden und sich in entsprechenden **rechtlichen Regelungen** niedergeschlagen hat, die zumindest als Anregung für entsprechende Überlegungen im Bereich des Sozialrechts dienen könnten.

Mit diesen Bemerkungen[5] wird **nicht** das **gesamte Verwaltungsrecht** insoweit gedanklich abgedeckt, als es dem Schutz der Gesundheit dient; es geht vielmehr um **exemplarische Darstellungen**. Beispielsweise dient das **Lebensmittelrecht**, geregelt im „Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen (Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz – **LMBG**)[6] mit seinen zahlreichen **„Verboten zum Schutz der Gesundheit“**[7] mit zahlreichen Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von **Rechtsverordnungen** zur Umsetzung und Konkretisierung dieser Verbote[8].

Das **Sozialverwaltungsrecht** und die erwähnten, auf den **Schutz** der **Gesundheit** abzielenden **Rechtsgebiete** weisen in ihrer präventiven Tendenz einen bemerkenswerten Unterschied aus:

---

[3] vgl. zu dieser Frage näher Bley/Kreikebohm/Marschner, Sozialrecht, 8. Aufl. 2001, Rdnr. 1 - 24
[4] vgl. dazu näher unten, B. III. 2
[5] vgl. unten B. III. 4.
[6] i.d.F. der Bekanntmachung v. 9.9.1997, BGBl. I, S. 2296 mit nachfolgenden Änderungen
[7] z.B. allgemein und umfassend in §§ 8, 10 LMBG, im Hinblick auf Tabakerzeugnisse in § 20 LMBG, hinsichtlich kosmetischer Mittel in §§ 24 ff. LMBG und „sonstiger Bedarfsgegenstände“ in § 30 LMBG
[8] vgl. §§ 10, 12, 13, 14 Abs. 2, 15 Abs. 3, 16 Abs. 2, 17 Abs. 2, 19, 19a, 20 Abs. 3, 21, 22 Abs. 3, 25 Abs. 2, 26 Abs. 3, 26a, 29, 31 Abs. 2 und 32 LMBG

Während das Sozialrecht – traditionell – sich individualbezogen z.B. der „Wiederherstellung der Gesundheit“[9] von Versicherten widmet, wird in den anderen verwaltungsrechtlichen Regelungen tendenziell eher der Schutz der „**allgemeinen“** (Volks-)**Gesundheit** angestrebt, und dies vor allem durch **präventiv** ausgerichtetes **Recht**; zuweilen wird insoweit von „sozialbezogenem, vorbeugendem Gesundheitsschutz“ gesprochen[10].

Allerdings lassen sich Ausnahmen „nach beiden Seiten“ beobachten: Die (gesundheits-)polizeiliche oder lebensmittelrechtliche **Einzelmaßnahme** kann durchaus dem **Schutz einzelner Personen** dienen; weiterhin ist eine individualbezogene Prävention gegeben im sog. **Unterbringungsrecht** und im Hinblick auf die **Gurt**- und **Schutzhelmpflicht**[11].

Und im **Sozialrecht** ist auch der **vorbeugende Gesundheitsschutz** dem Grundanliegen dieses Rechtsgebietes entsprechend **individualbezogen** angelegt, wie insbesondere die Reglungen des jetzigen SGB V zeigen; die **Ausweitung** des Aufgabenbereichs im Hinblick auf präventive Maßnahmen, die eine allgemeine Auswirkung zugunsten der „Versichertengemeinschaft“ sowie der Sozialhilfeempfänger[12] - und damit nahezu zugunsten der **gesamten Bevölkerung** – hat, ist eher untypisch[13].

---

[9] vgl. dazu z.B. E. Jung, Das Recht auf Gesundheit, 1982, S. 118 ff.
[10] so E. Jung, aaO., S. 210 ff. mit Hinweis auf das öffentliche Gesundheitswesen (des öffentlichen Gesundheitsdienstes), das Arznei- und Lebensmittelrecht, das Umweltrecht sowie das Wohnungsrecht
[11] gem. § 21a StVO
[12] vgl. § 37 BSHG
[13] und führt zu erheblichen Überschneidungen mit dem Aufgabenfeld des (staatlichen) Gesundheitsdienstes, vgl. dazu B. III. 2. a.E.

2. Öffentlicher Gesundheitsdienst

2.1 Allgemeines

Der öffentliche Gesundheitsdienst gilt als die **„Dritte Säule“** des **Gesundheitswesens**, neben der ambulanten und stationären Versorgung der Bevölkerung. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.1934[1] hatte auch diesen Bereich des Gesundheitswesens „gleichgeschaltet“. Nach dem Grundgesetz sind die Bundesländer in diesem Bereich zuständig. Angesichts des Leistungsgefälles zwischen den Bundesländern haben die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder bereits am 14.12.1972 eine Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen verabschiedet. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff des Gesundheitsdienstes definiert als „alle Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die dazu bestimmt sind, unmittelbar den **Gesundheitszustand** der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsteile zu **ermitteln** und laufend zu **überwachen**, ihnen **drohende Gefahren** festzustellen und zu beseitigen oder auf die **Beseitigung hinzuwirken** sowie die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und besonderer Gruppen zu fördern. Verantwortlich für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Gesundheitsfachverwaltung“[2].

Diese Definition umfasst einen **Aufgabenkatalog**, der augenscheinlich seine Schwerpunkte in der **Abwehr von Gesundheitsgefahren** sowie in der **Gesundheitsförderung** hat.

Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder werden in ihrer Aufgabenstellung sämtlich dem in dieser Definition enthaltenen Aufgabenkatalog gerecht. Die **landesrechtlichen Regelungen** konkretisieren diese Aufgaben; außerdem werden zusätzliche Aufgaben und Befugnisse genannt. Dabei sind durchaus Unterschiede in der Breite der Aufgabenzuweisung sichtbar.

Es lassen sich insgesamt, unter Einbeziehung sämtlicher landesrechtlicher Regelungen, folgende Aufgabenfelder ausmachen.

[1] RGBl. I, S. 531
[2] Hopf, Die Richtlinien für Ländergesetze über das Gesundheitswesen, 1974, S. 3

2.2 Gesundheitspolizei

Typisch polizeirechtliche Befugnisse (im materiellen Sinn) hat das Gesundheitsamt nach wie vor; es geht dabei um die Abwehr konkreter Gefahren durch individuelle oder gruppenbezogene Maßnahmen. Ein Beispiel hierfür sind die Aufgaben und die Befugnisse im Hinblick auf das (Human-)**Seuchenrecht**, früher geregelt im Geschlechtskrankheitengesetz sowie im Bundes-Seuchengesetz[3] sowie im Hinblick auf das Tierseuchenrecht.

Bemerkenswert dürfte für den Bereich des **Seuchenrechts** sein, dass dort die Befugnis zum Einschreiten nicht erst bei Vorliegen einer Gefahr, sondern bereits bei Vorliegen des Verdachts einer Gefahr ausdrücklich eingeräumt ist; diese **„Vorverlagerung“** der **Gefahrenabwehr** beruht auf der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts.

In diesen Bereich der „klassischen“ Gesundheitspolizei gehören weiterhin die Maßnahmen, die zumeist unter dem Titel „**Überwachung** (von Einrichtungen)“ laufen. Dabei werden vorsorglich und demnach mit primär-präventiver Zielrichtung beispielsweise **Krankenhäuser**, Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, des Kurwesens und der Heilquellen, Rettungswachen, Blutspendeeinrichtungen, **Schulen**, öffentlich zugängliche Sportstätten, Bäder und Badeplätze sowie Kinderspielplätze, Anlagen zur **Trinkwasserversorgung**, Abwasser- und Abfallbeseitigung, **Beherbergungsstätten**, Camping- und Zeltlagerplätze, Häfen und Flughäfen sowie Einrichtungen des **Bestattungswesens** überwacht[4].

Zu den “klassischen“ Aufgaben des Gesundheitsamtes i.S. von Gesundheitspolizei wird man auch zählen können die **Schädlingsbekämpfung**, die **Lebensmittelüberwachung**, die Maßnahmen im Hinblick auf **Hygiene** und den **Katastrophenschutz**.

2.3 Betreuung

Einige Gesundheitsdienstgesetze regeln auch ausdrücklich die Zuständigkeit zur **Betreuung** auch **einzelner Personen**.

---

[3] heutige Rechtsgrundlage: das Infektionsschutzgesetz vom 20.Juli 2000 (BGBl. I, S. 1045), vgl. dort § 54 (zuständige Behörden)

[4] Beispiel: Art. 8 Bay. Gesundheitsdienstgesetz vom 12. Juli 1986 (GVBl. S. 120)

Allerdings wird man sagen können, dass durchgehend derartige **restitutiv-kurative Maßnahmen** nur vorgesehen sind in den Fällen, in denen die notwendigen Leistungen von anderen Stellen, insbesondere von den Leistungserbringern[5] nicht erbracht werden.

Soweit mit derartigen Maßnahmen der gesundheitlichen Betreuung (oder Krankenhilfe) auch **präventive Zielsetzungen** verfolgt werden, erledigt das Gesundheitsamt – u.U. dann auch durch eigene Dienste – auch Aufgaben mit dieser Zielsetzung.

2.4 Prävention

An sich sind auch bereits die **„klassischen"** Aufgaben der **Gesundheitspolizei** dem Charakter nach dem Bereich **„Prävention"** zuzuordnen. Die Gesundheitsdienstgesetze machen das in ihrer gesetzessystematischen Anlage nicht immer deutlich. Es ist dort insgesamt die Rede von Gesundheitsschutz, -vorsorge, -förderung, -hilfe, -bildung, -sicherung oder – wie gesagt – von „Prävention", die häufig unmittelbar im Zusammenhang mit der **Gesundheitsförderung** genannt wird[6].

In dieser Studie soll diesem Verständnis gefolgt werden; damit kann nicht nur die besondere Bedeutung der Prävention betont werden; sondern es wird das heutige Verständnis von **Prävention** insoweit erläutert, als die damit verbundenen **Ziele** wesentlich **weiter gesteckt** sind. Beispielhaft hierfür ist die Regelung im Berliner Gesundheitsdienstgesetz[7]: „Mit Blick auf ein **umfassendes Verständnis von Gesundheit** trägt der öffentliche Gesundheitsdienst in enger Zusammenarbeit mit Dritten wesentliche Verantwortung für die Gesamtheit aller nichttherapeutischen Maßnahmen, die zur Entwicklung, **Erhaltung** und **Verbesserung** der Gesundheit sowie zur **Vermeidung** und Bewältigung von **verhaltens- oder verhältnisbezogenen Gesundheitsproblemen** beitragen können. Eine Behandlung kommt nur in einzeln zu begründenden Fällen in Betracht, in denen eine dringend erforderliche Behandlung ohne Eingreifen des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht erfolgen würde oder durch gesetzliche Regelungen vorgeschrieben ist".

Ersichtlicherweise werden damit die heutigen Vorstellungen von einem umfassenden präventiven Ansatz aufgegriffen.

---

[5] beispielsweise im Auftrag/auf Veranlassung der Sozialhilfeträger
[6] Beispiel: Abschnitt IV des Berliner Gesundheitsdienstgesetzes v. 4. August 1994 (GVBl. S. 329)
[7] § 20 - Grundsatz

Die **Gesundheitsdienstgesetze** befassen sich im Einzelnen – durchaus im Rahmen eines derartig weit gefassten Verständnisses von Prävention – mit zahlreichen **Handlungsfeldern**; dabei wird zuweilen der Begriff Prävention nicht ausdrücklich verwendet.

Im Einzelnen sind vorgesehen **Aufklärung** und **Beratung**; insbesondere Familien- und Schwangerenberatung; Kinder- und **Jugendgesundheitsdienst; zahnärztlicher Dienst;** Sportmedizin; Maßnahmen für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen; Betreuung Krebskranker oder anderer **chronisch Kranker**; Vorsorgemaßnahmen im Hinblick auf **Geschlechtskrankheiten** oder Aids; Hilfe, auch vorsorglicher Art, bei **Tuberkulose** und Lungenerkrankungen.

Die präventiven Gehalte dieses Maßnahmenbündels liegen auf der Hand.

Besondere Beachtung sollte man der Tatsache schenken, dass manche Gesundheitsdienstgesetze auch ausdrücklich die Zuständigkeit im Bereich der **Umweltmedizin** normieren; damit wird der **Aufgabenbereich** der Gesundheitsämter in erheblicher Weise **erweitert**, wenn man sich nur einmal vor Augen führt, welche Bereiche nach heutigem Verständnis zum Umweltrecht zählen und welche Gesundheitsgefahren damit vorsorglich abgewendet werden sollen[8].

2.5 Gutachterliche Tätigkeit

Als **Amtsarzt** (oder Gerichtsarzt) werden ärztliche Angehörige des Gesundheitsdienstes tätig, u.a. auch in der Funktion **unabhängiger Gutachter**. Auch dabei kann es sich durchaus um Tätigkeiten handeln, mit denen Maßnahmen anderer Stellen mit präventivem Gehalt vorbereitet werden[9].

2.6 Gesundheitsberichterstattung

Die **Zusammenstellung** gesundheitlich bedeutsamer Daten und Erkenntnisse und die Gewährleistung der **Auswertung** dieser **Informationen** ist ebenfalls eine Aufgabe des öffentli-

[8] vgl. für alle Kloepfer, Umweltrecht, 2. Aufl. 1998; Hoppe/Beckmann/Kauch, Umweltrecht, 2. Aufl. 2000
[9] vgl. z.B. Art. 5 Bay. Gesundheitsdienstgesetz – Gutachten, Zeugnisse, Bescheinigungen

chen Gesundheitsdienstes[10]. Diese Aufgabe wird vor allem auch in neueren Gesundheitsdienstgesetzen normiert. Ziel dieser Gesundheitsberichterstattung ist es, als fachliche **Grundlage** für die **Planung** und **Durchführung** von Maßnahmen zu dienen, welche die **Gesundheit fördern** und **Krankheiten verhüten** soll; außerdem sollen Informationen zur Behandlung und Rehabilitation gesammelt werden[11].

2.7 Gesundheitsplanung

In den neueren Gesundheitsdienstgesetzen wird auch die Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Zusammenhang mit der **Gesundheitsplanung** festgelegt; dazu hören folgende Aufgaben[12]: Aufspüren von **Schwachstellen** und **Problemfeldern** im Netz der gesundheitlichen Versorgung, des **Gesundheitsschutzes** und der **Gesundheitsförderung**; Definition von **Schnittstellen**, des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfes zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen, und zwar in der ganzen Breite von ambulanten, teilstationären und stationären, von medizinischen, pflegerischen und sozialen, von professionellen und nichtprofessionellen Angeboten.

Unschwer wird man auch in dieser Aufgabenstellung **präventive Zielsetzungen** ausmachen können; das bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Die Gesundheitsplanung kann im Übrigen auch die **Betreuung** und **Versorgung** insbesondere von seelisch und psychisch Kranken sowie von Abhängigkeitskranken und von Körper-, Sinnes- und geistig Behinderten sowie deren Integration umfassen[13]. Damit, insbesondere aber auch mit diesbezüglicher Beratung, werden ebenfalls **(auch) präventive Zielsetzungen** verfolgt.

---

[10] vgl. z.B. das Berliner Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, § 30 Abs. 3
[11] vgl. § 4 Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz v. 18. Juli 2001 (GVBl. S. 201)
[12] Beispiel: § 30 Abs. 6 Berliner Gesundheitsdienstgesetz
[13] Beispiel: § 16 Abs. 1 Nr. 2 und 3 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz v. 18. Mai 1994

2.8 Überwachung von Heilberufen. Berufsaufsicht

Hierbei handelt es sich um ein eher **traditionelles Aufgabenfeld** der Gesundheitsämter, das sich auf **Ärzte, Zahnärzte,** Apotheker und **nichtärztliche Heilberufe** bezieht[14]; auch die krankenpflegerischen Tätigkeiten sind in dieses Aufgabenfeld einbezogen[15].

2.9 Kooperation. Koordination

Hervorstechend sind in den Regelungen der Gesundheitsdienstgesetze die Vorschriften über **Kooperation** und **Koordination**. Allgemein lässt sich wohl sagen, dass die Aufgabe der Gesundheitsämter in großem Umfang auch darin besteht, die am Gesundheitswesen Beteiligten zusammenzuführen. Das gilt nicht nur für die **Zusammenarbeit** der jeweiligen **staatlichen Behörden**, sondern auch für die Zusammenarbeit mit **anderen öffentlich-rechtlichen Stellen** sowie mit privaten, insbesondere **mit privaten Gruppen**, die eine mehr oder weniger große Anzahl von Personen umfassen, denen die Aktivitäten des Gesundheitsamts zugute kommen sollen.

Auch im Hinblick auf diese ins Auge fallende „General-Aufgabe" der Gesundheitsämter ist die **präventive Zielsetzung** deutlich.

2.10 Abgrenzung zum Bereich des Sozialrechts. Schnittstellenproblematik

Verallgemeinernd gesagt, dient das Gesundheitswesen der **„Volksgesundheit"** – was darunter zu verstehen ist, ergibt sich aus einer Gesamtschau, die insbesondere die traditionellen Bereiche des Gesundheitsdienstes betrifft. Im **Vordergrund** stehen **nicht individuelle Maßnahmen**; das gilt auch – und vor allem – im Bereich der Präventiv-Medizin, beispielsweise beim Impfschutz. Allerdings ist dies auch das Beispiel, in dem durchaus eine einzelne – präventiv-intendierte – Behandlung, u.U. auch eine Früherkennung, möglich ist.

Regelmäßig wird der Gesundheitsdienst jedoch mit seinen Aktivitäten darauf abzielen, **Bevölkerungsgruppen** mit seinen Maßnahmen zu erfassen und präventiv zu schützen, möglichst auch ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

---

[14] bis hin auf selbständig tätige Desinfektoren, Beispiel in Art. 10 Abs. 1 Satz 2 Bay. Gesundheitsdienstgesetz
[15] Beispiel: Art. 10a Bay. Gesundheitsdienstgesetz

Demgegenüber ist das **Sozialrecht**, insbesondere das Krankenversicherungsrecht, eher auf Maßnahmen ausgerichtet, die dem **Einzelnen** (nämlich dem versicherten Mitglied der Krankenversicherungs-Gemeinschaft) zugute kommt.

In gewisser Weise spiegeln sich diese traditionell **unterschiedlichen Handlungsansätze** auch in der **Finanzierung** der jeweiligen Träger wider. Der staatliche Gesundheitsdienst wird aus **Steuermitteln** finanziert, die von der Allgemeinheit aufgebracht werden – demnach ist es gleichsam folgerichtig, dass auch die Allgemeinheit – also die **„Volksgesundheit"** – davon profitiert. Demgegenüber wird die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen **Krankenversicherung** individuell durch **Beiträge** finanziert, so dass auch eine individual-nützliche Leistung als eine gewisse folgerichtige Konsequenz dieses Finanzierungsmodus verstanden werden kann.

Überschneidungsprobleme hat es schon immer gegeben; sie betrafen beispielsweise die Fälle, in denen die Leistungserbringer sich außer Stande sahen, bestimmte Personengruppen[16] zu behandeln[17].

Im Wesentlichen beruhte die **Abgrenzung** durchaus auch auf einer Vorstellung von **Arbeitsteilung**, bei der die **restitutiv-kurative Gesundheitsversorgung** schwerpunktmäßig bei der Sozialversicherung lag[18], während der **präventive Gesundheitsschutz**, vor allem im Sinne primär-präventiver Maßnahmen, dem **staatlichen Gesundheitsdienst** zugeordnet war.

Mit der Hinwendung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem umfassenden präventiven Ansatz, der vor allem auch primär-präventive Zielsetzung bis hin zur Verbesserung von bestehenden Gesundheitszuständen umfasst[19], müssen sich folgerichtig Aufgaben- und Zuständigkeitsüberschneidungen in größerem Umfang ergeben.

Generell kann hierzu gesagt werden, dass **Doppelzuständigkeiten** im Bereich **öffentlich-rechtlicher Aufgabenwahrnehmung** traditionell als wenig sinnvoll betrachtet werden; auch die heutigen Vorstellungen von einem u.U. förderlichen **Wettbewerb** zwischen Verwaltungseinrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung muss im Hinblick auf den präventiven Gesundheitsschutz wohl grundsätzlich in Frage gestellt werden.

Für die **Erweiterung der Aufgabenstellung** insbesondere der gesetzlichen **Krankenversicherung** im Hinblick auf **Prävention** lässt sich ein Gedanke anführen, der auf den Erfahrun-

---

[16] beispielsweise im Auftrag auch der Sozialämter
[17] das betrifft beispielsweise Obdachlose, aber auch Ausländer(innen)
[18] wobei durchaus auch – im Rahmen der Rehabilitation – präventive Ziele verfolgt werden

gen auf einem anderen Bereich der Sozialversicherung, nämlich dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, beruht.

In der gesetzlichen **Unfallversicherung** werden traditionell die Aufgaben der Prävention, **Restitution** sowie Kompensation miteinander verbunden. Das führt dazu, dass die gesundheitliche **Restitution** – Kuration und Rehabilitation – auf eine andere Art und Weise betrieben wird, als es bei der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Dabei ist in diesem Zusammenhang daran zu denken, dass zum Zwecke einer Prävention „mit allen geeigneten Mitteln" vor allem das **Unfallgeschehen** – gleiches gilt für die **Berufskrankheiten** – **ausgewertet** wird und zur Grundlage von Maßnahmen gemacht wird, die insbesondere in der Form von Unfallverhütungsvorschriften das **Erfahrungswissen** der verschiedenen Wirtschaftsbereiche über die Gefahren des Arbeitslebens in normativ-sublimierter Form wiedergeben; diese Normen dienen als Handlungsanweisungen für die präventiv intendierten Maßnahmen.

Weiterhin – und das ist ebenso wichtig – ist die Unfallversicherung auch im Bereich der **Rehabilitation** aufgefordert, **„mit allen geeigneten Mitteln"** zu handeln. Damit sind sowohl im Bereich der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation[20] **Maßstäbe** vorgegeben, die in **besonderer Intensität** das Heilverfahren sowie Möglichkeiten der beruflichen Re-Integration lenken. Es bedarf keiner näheren Erläuterung, dass dabei **auch präventive Gehalte**, die in jeder **Heilbehandlung** enthalten sein können oder die – bei Verbleib einer Behinderung – im Rahmen von **tertiär-präventiven Maßnahmen** in Betracht kommen, angesichts der gesetzlichen Ausgangssituation in der gesetzlichen Unfallversicherung eine besondere Rolle spielen.

Wenn man diese Gedanken auf den **Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung** überträgt, könnte auch dort die vom Gesetzgeber offensichtlich vorgesehene präventive Aufgabenstellung zu Erfolgen in der Prävention führen, wie sie im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung beobachtet werden können. Möglicherweise wird in Zukunft diesbezüglich verwertbares **Datenmaterial** bei den Krankenkassen zur Verfügung stehen angesichts – erstens – der Bestrebungen, die **Krankenbehandlung** im Rahmen der Qualitätssicherung u.a. auf evidenzbasierte **Leitlinien** zu stützen[21] sowie– zweitens – hinsichtlich der Einführung eines **Risikostrukturausgleichs** nach **Morbiditätskriterien**[22].

---

[19] vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der geltenden Fassung
[20] das sind beides Traditionsbereiche der gesetzlichen Unfallversicherung
[21] vgl. §§ 135 ff., insb. § 137e Abs. 3 SGB V

Abgesehen von diesen Überlegungen – und bis zu dem Zeitpunkt, in dem derartige Gedanken möglicherweise einmal umgesetzt werden könnten – ist angesichts der **geltenden Rechtslage** und angesichts der ins Auge fallenden Überschneidung (man kann auch sagen: Doppelzuständigkeit) im Bereich der **Prävention** der **Bedarf an Kooperation und Koordination** augenscheinlich.

Der Frage, ob die **Ausweitung** der gesetzlichen Aufgaben und **Befugnisse** im Bereich der **Prävention** durch bundesrechtliche Regelungen[23] mit der **Kompetenzordnung** des **Grundgesetzes** in Übereinklang steht[24], wird in dieser Studie nicht nachgegangen.

---

[22] vgl. §§ 265 ff., insb. §§ 266, 267 SGB V
[23] und zwar sowohl im bereits geltenden Recht sowie in zukünftigen Regelungen
[24] vgl. im Einzelnen Art. 70 ff. sowie Art. 83 ff. GG

3. Schulgesetze der Länder

3.1 Schulgesundheitspflege. Ziele

Zur Schulgesundheitspflege gehören der **schulärztliche** und der **schulzahnärztliche Dienst**, sonstige Maßnahmen (insbesondere die Gesundheitserziehung) und der **Schutz vor übertragbaren Krankheiten**.[1] Regelungen über Aufgaben und Organisation der Schulgesundheitspflege enthalten die **Schulgesetze** der Länder **und** die Ländergesetze über den **öffentlichen Gesundheitsdienst**.

Inhalt und Durchführung der Schulgesundheitspflege im einzelnen sind teilweise in Rechtsverordnungen, im wesentlichen aber näher und ausführlich in anderen untergesetzlichen Bestimmungen festgelegt: Anordnungen, Richtlinien, Erlasse, Bekanntmachungen, Verwaltungsvorschriften, Empfehlungen und Dienstanweisungen. Dies gilt für alle 16 Bundesländer. Die genannten anderen Bestimmungen von unterschiedlichster Rechtsverbindlichkeit sind nicht Gegenstand dieser Expertise, die sich auf „Regelungen", das heißt abstrakt-normativ geltende Vorschriften, beschränkt.

Hinsichtlich der **Schulgesundheitspflege** als **Präventionsmaßnahme** kommt darüber hinaus den Lehrplänen und der **Aus- und Fortbildung der Lehrer** eine herausragende Bedeutung zu.[2]

Die Schulgesundheitspflege hat das **Ziel, gesundheitlichen Störungen „vorzubeugen"**, sie „**frühzeitig** zu **erkennen**" und Wege für deren Behebung aufzuzeigen.[3] Sie soll die gesundheitliche Entwicklung der Schüler und Schülerinnen durch Vorsorge „fördern" und Probleme der Schulhygiene mit lösen,[4] sowie bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen Hilfestellung geben[5].

---

[1]) Avenarius/Heckel, Schulrechtskunde, 7. Aufl., TZ 31.1. Z.B. § 45 Abs. 1 Satz 1 BbgSchulG; § 41 Abs. 1 ASchO NW; § 55 Abs. 1 ThürSchulG.
[2]) Dazu Pfau, Schulgesundheitsberatung, RdJB 1999, 111, 115.
[3]) Siehe z.B. Art. 80 Abs. 1 Satz 1 BayEUG; § 34 Abs. 3 HmbSG; § 58 Abs. 3 SchulGMV; § 1 Abs. 3 Sächs SchulgespflVO.
[4]) § 17 Abs. 1 Satz 1 BremSchVwG.
[5]) § 34 Abs. 3 HmbSG.

Die **Schulzahnpflege** dient dabei speziell zur **Vorbeugung** und zur Bekämpfung der Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich sowie zur **Pflege** und **Gesundherhaltung der Zähne**.[6]

Für die Gesundheitspflege in **Kindertagesstätten** bestehen vergleichbare Regelungen.[7]

3.2 Schulärztlicher Dienst

3.2.1 Aufgaben

Der schulärztliche Dienst nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:[8]

- **Reihenuntersuchungen**, vor allem bei der Einschulung;
- **Beratung** von Schülern, Eltern und Lehrern in Fragen der Gesundheitsförderung und
- des Gesundheitsschutzes;[9]
- zahnärztliche **Untersuchungen**.[10]

Die **vorsorgliche Beobachtung** der körperlichen und geistigen **Gesundheit** der Schüler vor Eintritt in die Schule und in gewissen Abständen während des gesamten Schulbesuchs erfolgt zum Schutz vor gesundheitlichen **Gefährdungen**, kann aber auch zur richtigen Wahl der Schullaufbahn beitragen. Entwicklungsstand, Schulfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Schülers können durch individuelle ärztliche Untersuchungen - z.B. der Sinnesorgane, der Sprache, des Halte- und Bewegungsapparates - aufgezeigt und so gesundheitliche Störungen festgestellt werden.

Die schulärztliche Betreuung ist Sache des **Gesundheitsamtes (Amtsarztes)**. Der Amtsarzt hat darüber zu wachen, dass der schulärztliche Dienst einschließlich der Schulzahnpflege einwandfrei durchgeführt wird. Ärztliche Behandlung (kurative Versorgung) gehört nicht zu den Aufgaben des schulärztlichen Dienstes.

---

[6]) Vgl. § 43 ASchO NW.
[7]) Z.B. § 8 4. DVBayKiG - „Gesundheitserziehung".
[8]) Vgl. die Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Beispiele dazu bei Avenarius/Heckel, aaO., TZ 31.121 - Fn. 26.
[9]) Z.B. § 3 Abs. 1 Satz 1 SächsSchulgespflVO.
[10]) Für die Jugendzahnpflege bestehen in einigen Ländern besondere Gesetze.

3.2.2 Teilnahmepflicht

Die Schüler sind nach den Schulgesetzen ausdrücklich verpflichtet, sich den schulärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Es handelt sich um eine **verbindliche Schulveranstaltung**.[11] Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) wird insoweit eingeschränkt.[12] Schulärztliche Untersuchungen sind nur zulässig, soweit sie zum angestrebten schulischen Zweck erforderlich sind **(Übermaßverbot)**.[13]

3.3 Schulpsychologischer Dienst

Der schulpsychologische Dienst hat die Aufgabe, durch die Anwendung psychologischer Erkenntnisse und Methoden sowie durch Diagnose und auf die Schule bezogene Therapie, insbesondere durch **Beratung, Förderung** und in Einzelfällen auch durch weiterführende Betreuung Schüler, Erziehungsberechtigte und Lehrer bei der **Vermeidung** und Überwindung von besonderen **Schulschwierigkeiten** zu unterstützen.[14] Schulschwierigkeiten sind vor allem **Lernprobleme** und **Verhaltensstörungen** von Schülern, das heißt Störungen im sozialen und affektiv-emotionalen Bereich.[15]

3.4 Gesundheitserziehung

Die Schule muss im Rahmen ihres Erziehungsauftrages auch die **Gesundheit der Schüler fördern**. Sie muss fächerübergreifend auf Fragen der Gesundheit eingehen und die Schüler zu eigenverantwortlichem Handeln in diesem Bereich motivieren und befähigen. Gegenstände der Gesundheitserziehung in der Schule sind:

- Hinweise auf gesunde **Ernährung und Lebensweise**;
- Unterrichtung über **sexuelle Fragen**;

---

[11]) § 45 Abs. 1 Satz 2 BbgSchulG.
[12]) Z.B. Art. 80 Abs. 2 Satz 2 BayEUG; § 29 Abs. 2 Satz 3 NWSchulVG; § 55 Abs. 3 ThürSchulG. Dagegen schließt § 52 Abs. 2 RPSchulG Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit aus. § 58 Abs. 1 Satz 2 SchulGMV verlangt für Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit die Einwilligung des Betroffenen.
[13]) Z.B. § 45 Abs. 2 Satz 1 BbgSchulG; § 34 Abs. 1 HmbSG; § 71 Abs. 4 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 HessSchG; § 58 Abs. 3 i.V.m. Abs. 1 SchulGMV, § 1 Abs. 5 SächsSchulgespflVO.
[14]) § 20a Abs. 3 SchoGSaarl; § 53 Abs. 3 ThürSchulG. Vgl. auch § 21 Abs. 1 BlnSchulG, § 38 Abs. 1 Satz 2 SachsAnhSchulG; § 128 Abs. 1 SHSchulG.
[15]) Avenarius/Heckel, aaO., TZ 31.312.

- **AIDS-Prävention**;
- Aufklärung über **Suchtgefahren** (Drogen, Alkohol, Nikotin);
- Erziehung zur **Hygiene**,
- Haltungs- und Atmungsübungen;
- **Erste-Hilfe**-Instruktionen.[16]

Der schulärztliche Dienst kann die Schule dabei unter anderem durch Vorträge vor Schülern, Erziehungsberechtigten und Lehrern unterstützen und ergänzen.[17] Der Lehrer, der eine dauernde **körperliche Behinderung** des Schülers oder eine erhebliche geistige oder seelische **Beeinträchtigung** des Schülers wahrnimmt, hat die **Eltern zu verständigen** und zur Konsultation eines Arztes zu veranlassen. Unternehmen die Eltern nichts, ist das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.[18]

Eine wichtige Aufgabe der Gesundheitserziehung ist die **AIDS-Prävention**. Sie umfasst biologisch-medizinische Informationen insbesondere im Rahmen der Sexualerziehung. Stellt sich heraus, dass ein Schüler an einer HIV-Infektion leidet, hat die Schule insbesondere darauf hinzuwirken, dass **Blut-zu-Blut-Kontakte** mit anderen Schülern **vermieden** werden, indem sie beispielsweise den betroffenen Schüler von risikobehafteten Unterrichtsveranstaltungen wie Sport entbindet.[19] Als weitere schulbezogenen Anlässe zur Übertragung sind vorstellbar: Streitigkeiten mit Kratzen und Beißen, Unfälle mit Werkzeugen im Technikunterricht, Kontakt mit persönlichen Gegenständen eines Mitschülers während einer Schulfahrt (z.B. Zahnbürste, Rasierapparat).[20]

Die Hauptgründe für die **Suchtprävention** in der Schule ist die Erreichbarkeit aller Kinder und Jugendlichen und das Vorhandensein von Pädagogen.

---

[16]) Pfau, aaO., RdJB 1999, 111, 113 f.
[17]) § 6 Abs. 1 Satz 1 SächsSchulpflgesVO.
[18]) Avenarius/Heckel, aaO., TZ 31.132.
[19]) Avenarius/Heckel, aaO., TZ 31.116.
[20]) Engel, Rechtliche Aspekte schulischer AIDS-Prävention, RdJB 1988, 23.

Zu unterscheiden sind:

Basisprävention insbesondere zum Erwerb von sozialen Kompetenzen, Schaffung von Alternativen zum Drogengebrauch, Unterstützung des Selbstbewusstseins und der Selbständigkeitsentwicklung sowie Erhöhung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins.

Spezifische Suchtprävention mit folgenden Themen:

- Informationen zu Suchtmitteln, **Gesundheitsrisiken** und Abhängigkeitsrisiken,
- Erkennen eigener **Suchtgefährdung**,
- Angemessenes Verhalten bei Angebot von **Drogen**,
- Verhalten bei der **Entwicklung einer Abhängigkeit** bei Klassenkameraden,
- Beratungsmöglichkeiten.

Neben vorstehender Systematik werden **suchtpräventive Aktivitäten** nach ihrer Zielgruppe unterschieden. **Primäre Suchtprävention** wendet sich an Zielgruppen, die das riskante Verhalten noch nicht zeigen (Vermittlung von Lebenskompetenz). **Sekundäre Suchtprävention** ist auf besondere Risikogruppen ausgerichtet (z.B. Partybesucher betreffend Ecstasy).[21]

3.5 Schutz vor übertragbaren Krankheiten

Das tägliche Zusammensein zahlreicher Menschen auf engem Raum macht gesundheitliche Vorbeugungs- und Schutzmaßnahmen in der Schule notwendig. Diese Vorbeugungs- und Schutzmaßnahmen beruhen auf dem **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** - früher Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) - sowie auf den Bestimmungen der jeweiligen Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst und diese Landesgesetze ergänzenden schulbezogenen Rechtsverordnungen.[22]

Das **Gesundheitsamt** wacht darüber, dass die Schule die Anforderungen der Hygiene einhält und der **Verbreitung übertragbarer Krankheiten vorbeugt**.[23] Es kontrolliert den hygienischen Zustand der Schulgebäude und der Einrichtungsgegenstände. Stellt es Mängel fest, wirkt es darauf hin, dass die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet werden.

---

[21]) Zum Ganzen Günther, Suchtberatung und Suchtprävention im Handlungsfeld Schule, RdJB 1999, 94.
[22]) Z.B. § 44 ASchO NW.
[23]) Zu AIDS vgl. Brandes, AIDS-Anwendung des Seuchenrechts und besondere Auswirkungen auf die Schule, RdJB 1988, 10; Gallwas, Aids als Problem des Schul- und Jugendrechts, RdJB 1988, 2.

Außerdem wirkt das Gesundheitsamt auf die **gesundheitsgerechte Gestaltung** der Lebens- und Umweltbedingungen hin. So hat es beispielsweise auf **Gesundheitsgefährdungen** durch **Asbest** hinzuweisen und zu veranlassen, dass diese Gefahren durch Sanierung des Gebäudes beseitigt werden.[24]

Schulen sind **Gemeinschaftseinrichtungen** im Sinne des Infektionsschutzgesetzes **(§ 33 IfSG)**. Schüler und Lehrer, die an übertragbaren Krankheiten leiden oder krankheitsverdächtig sind (z.B. Diphterie, Scharlach), dürfen ihre schulische Tätigkeit erst wieder aufnehmen, wenn dies nach ärztlichem Urteil unbedenklich ist (§ 34 Abs. 1 Satz 1 IfSG). Lehrer sind vor der erstmaligen Aufnahme ihrer Arbeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu belehren (§ 35 Satz 1 IfSG).

3.6 Schultests

3.6.1 Zweck

Schultests dienen verschiedenen Zwecken: Ermittlung der Schulreife, Unterstützung bei Schullaufbahnentscheidungen, Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs. In der rechtswissenschaftlichen Literatur unterscheidet man nach der Intensität des Eingriffs in die Rechtssphäre des Probanden: Leistungstests, Fähigkeitstests und Persönlichkeitstests. **Persönlichkeitstests** dienen in der Schule unter anderem dazu, Störungen aufzudecken. Sie haben einen **präventiven Ansatz** bei der Einleitung besonderer **Förderungsmaßnahmen** (etwa zur Überwindung der Legasthenie) oder in der **Erziehungsberatung** (z.B. bei verhaltensauffälligen Schülern).[25]

---

[24]) Avenarius/Heckel, aaO., TZ 31.111.
[25]) Avenarius/Heckel, aaO., TZ 31.21 und 31.22. Vgl. auch Fehnemann, Schultests im Schulrecht, RdJB 1979, 266.

3.6.2 Datenschutz

Wegen der mit dem Test verbundenen Eingriffs in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bedarf es einer **gesetzlichen Grundlage**, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen für Schüler und Eltern eindeutig erkennen lassen.[26]

Die mit der Verpflichtung des Schülers zur Teilnahme an einem Test verbundene Einschränkung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts ist nur zulässig, wenn der Verwendungszweck der dabei zu erhebenden Daten bereichsspezifisch und präzise bestimmt ist.[27] Die schulrechtliche Vorschrift, die die Durchführung des Testverfahrens anordnet, muss also erkennen lassen, wozu die Daten benutzt werden sollen (z.B. Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs).

Werden einzelne Schüler einem individuellen Test unterzogen, dürfen der Schule nur die **Erkenntnisse** mitgeteilt werden, die sie für ihre Entscheidung (**z.B.** Erbringung des **sonderpädagogischen Förderbedarfs**) benötigt.[28] Fehlt eine gesetzliche Grundlage, darf der Test nur mit **Einwilligung der Eltern** bzw. des volljährigen Schülers verwendet werden.

3.7 Unfallverhütung

Nach **§ 21 Abs. 2 Satz 2 SGB VII** ist der Schulhoheitsträger (Land) verpflichtet, im Benehmen mit dem Unfallversicherungsträger Regelungen über die Durchführung der Maßnahmen des Schulsachkostenträgers zur **Verhütung von Schulunfällen** zu treffen. Der Begriff „Regelungen“ erfordert Vorschriften normativer Art in Schulgesetzen oder Rechtsverordnungen.[29] Dem folgend bestimmt § 46 Allgemeine Schulordnung von Nordrhein-Westfalen (ASchONW):

„Die Schule hat mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Unfällen und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Im Zusammenwirken mit allen Beteiligten soll die Schule das Sicherheitsbewusstsein der Schüler wecken und fördern. Dies gilt in besonderem Maße für den Unterricht in Werken, Sport, den naturwissenschaftlichen und technischen Fächern und

---

[26]) Z.B. § 74 Abs. 3 BWSchulG; § 56 NdsSchulG; § 19 Abs. 3 NWSchulVG; § 52 Abs. 3 RPSchulG; § 47 SHSchulG; § 57 ThürSchulG.
[27]) Vgl. BVerfGE 65, 1, 46.
[28]) Z.B § 5a BlnSchulG; § 65 BbgSchulG; § 83 HessSchulG; § 19 NWSchulVG; § 54a RPSchulG; § 20b SchoGSaarl.
[29]) Vgl. Kater/Leube, Gesetzliche Unfallversicherung - SGB VII, Kommentar, § 21 RdNr. 12.

für den Unterricht in berufsbezogener Praxis sowie das Verhalten in den Pausen und auf den Schulwegen.“ [30]

*„Er [der Schulleiter] hat dem Schulträger **Mängel an Schulanlagen oder Einrichtungen**, die die Sicherheit des Unterrichtsbetriebes **gefährden** können, unverzüglich anzuzeigen und Lehrer und Schüler über die vom Unfallversicherungsträger allgemein oder für besondere Unterrichtsbereiche erlassenen **Unfallverhütungsvorschriften und Sicherheitsregeln** zu unterrichten sowie auf ihre Einhaltung hinzuwirken.“* [31]

*„Wer eine **drohende Gefahr** oder einen Schaden feststellt, hat dies sofort dem Schulleiter, einem Lehrer oder dem Hausmeister zu melden.“* [32]

*„Kommt es zu einem **Unfall**, so ist dafür zu sorgen, dass sofort Erste Hilfe geleistet wird, der Verletzte vorläufig versorgt wird und **äußere Gefahren** von ihm abgewendet werden.“* [33]

Die ASchONW setzt damit in vorbildlicher Weise das Anliegen des Bundesgesetzgebers gegenüber den Ländern im SGB VII um, durch eingehende rechtlich verbindliche Festlegungen der Länder im schulischen Bereich die Lücke zu schließen, die durch das Auseinanderfallen von Schulsachkostenträger und Schulhoheitsträger bei staatlich-kommunalen Schulen entsteht. Entsprechende umfassende normativ wirkende Regelungen in anderen Bundesländern sind nicht bekannt.

---

[30]) § 46 Abs. 1 ASchO NW.
[31]) § 46 Abs. 2 Satz 2 ASchO NW.
[32]) § 46 Abs. 3 Satz 2 ASchO NW.
[33]) § 46 Abs. 4 Satz 1 ASchO NW.

4. Polizeirecht und Umweltrecht

Die der Analyse der sozialrechtlichen **Regelungen** mit **präventivem Gehalt** vorangestellten rechtstheoretischen Vorbemerkungen haben gezeigt, in welcher Weise **traditionelle Vorstellungen** und **heutige Zielsetzungen** im Bereich von Prävention auf Probleme stoßen, die – auch – auf rechtlicher Ebene bei einer Ergänzung des geltenden Rechts spezifische Fragen aufwerfen.

Im Nachfolgenden sollen einige Bemerkungen zum **Umweltrecht** sowie zum **Polizei- und sicherheitsrecht** gemacht werden. Dies erscheint deshalb angebracht, weil diese Rechtsgebiete **Gefahrenabwehr** – und dabei insbesondere die Verhinderung von gesundheitlichen Schäden – bewirkt und weil zumindest ausdrücklich und deutlich das Umweltrecht darüber hinausgehend den Grundsatz der **Gefahren-Vorsorge** verwirklicht, in zahlreichen Regelungen umgesetzt und damit den **Schutz der Gesundheit** in bedeutsamer Weise gleichsam **vorverlagert** hat.

An dieser Stelle soll kein eingehender rechtstheoretischer oder –systematischer Vergleich von Sozial- und Umweltrecht vorgenommen werden. Gleichwohl können die nachfolgenden Bemerkungen zu einem derartigen Vergleich anregen, und zwar im Grundsätzlichen sowie auch hinsichtlich der rechtlichen Gestaltung im Einzelnen.

4.1 Zur Entwicklung des Umweltrechts

Spätestens mit dem **Ausgang der 60er Jahre** ist die **Umweltpolitik zusätzlich** zu den bisherigen klassischen Politikbereichen hinzugetreten. Im Umweltprogramm der Bundesregierung aus dem Jahre 1971[1] werden die **Ziele** der Umweltpolitik in dreifacher Weise beschrieben: Erstens – den **Menschen** soll eine Umwelt gesichert werden, wie er sie für seine Gesundheit und für ein **menschenwürdiges Dasein** braucht; zweitens – Boden, Luft und Wasser, Pflanzenwelt und Tierwelt sind von nachteiligen Wirkungen menschlicher Eingriffe zu schützen, und – drittens – Schäden oder Nachteile aus menschlichen Eingriffen sind zu beseitigen.

[1] BT-Drucks. 6/2710, fortgeführt im Umweltbericht 1976, BT-Drucks. 7/5684

Seitdem hat sich auch das Umweltrecht als ein eigenständiges Rechtsgebiet etabliert[2]. Bisheriges Recht ist fortentwickelt worden, zahlreiche neue Regelungen sind entstanden. Gesetzgeber, Verwaltung und Rechtsprechung, auch die Wissenschaft haben in diesem Bereich Vieles geleistet.

4.2 Rechtstatsachen und Rechtsnormen im Umweltrecht

Dieses Rechtsgebiet wird begrifflich durch den Terminus „Umwelt" gleichsam zusammengehalten[3]. Dabei ist man sich heutzutage darüber einig, dass unter „Umwelt" nicht nur das zu verstehen ist, was die **natürlichen Lebensgrundlagen** des Menschen betreffen; vielmehr geht man heutzutage übrigens von einem weiten Umweltbegriff aus, der neben dem Naturhaushalt und der Landschaft auch die Kulturgüter und schutzwürdigen Sachgüter sowie das Wirkungsgefüge zwischen den Umweltgütern umfasst. Dieser weite Begriff befindet sich im deutschen Recht erstmals in **§ 2 Abs. 1 Satz 2 UVPG**[4]. Auch der im Auftrag des Umweltbundesamtes entwickelte **Professorenentwurf** eines Umweltgesetzbuches bestimmt in § 2 Abs. 1 Nr. 1 UGB-AT-E[5] als Umwelt „den Naturhaushalt, das Klima, die Landschaft und schutzwürdige Sachgüter", geht also ebenfalls von einem weiten Umweltbegriff aus.

Will man bei diesem weiten Umweltbegriff zugleich das Gewicht der natürlichen Umweltbestandteile hervorheben, so wird man den Begriff des Naturhaushaltes näher definieren müssen als Leitbild für die Umschreibung aller Faktoren der natürlichen Umwelt; demgemäß erstreckt sich nach § 2 Abs. 2 des „**Kommissionsentwurfs** zum Umweltgesetzbuch"[6] der Naturhaushalt auf „Boden, Wasser, Luft, die Ozonschicht, das Klima einschließlich des Kleinklimas, Tiere, Pflanzen und andere lebendige Organismen (Naturgüter) sowie das Wirkungsgefüge zwischen den Naturgütern." Ausgehend von diesem heutigen (weiten) Umweltbegriff wird es nicht verwundern, dass eine große Anzahl von Rechtsnormen dem Umweltrecht zuzuordnen sind.

Festzuhalten ist aber, dass nach heutiger Einschätzung alle die Rechtstatsachen, also alle die **Sachverhalte**, die sich diesem **weiten Umweltbegriff** zuordnen lassen, als Bestandteile – und

---

[2] Vgl. für alle Kloepfer, Umweltrecht, 2. Aufl. 1998, sowie Storm, Umweltrecht, Einführung, 7. Aufl. 2002
[3] Zum Problem der „richtigen" Bestimmung dieses Rechtsgebiets vgl. Kloepfer, aaO., § 1 B, S. 22 ff.
[4] V. 12.2.1990, BGBl. I, S. 205, zuletzt geändert durch G v. 18.8.1997, BGBl. I, S. 2081
[5] Kloepfer/Rehbinder/Schmidt-Aßmann/Kunig, Umweltgesetzbuch – Allgemeiner Teil, 1991; zusammenfassend *dies.*, DVBl. 1991, S. 339 ff.
[6] „UGB-KommE" der Unabhängigen Sachverständigenkommission zum Umweltgesetzbuch, veröffentlicht vom BMin für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (Hg.), Umweltgesetzbuch, 1998

zwar im Sinne von Normbereichen – dieses noch relativ jungen Rechtsgebietes Umweltrecht verstanden werden. Die diesbezüglichen **Regelungen** zielen primär, direkt auf die Umweltmedien oder auf Verhaltensweisen ab, die eine Gefahr für diese Medien (Luft, Wasser, Boden) darstellen könnten; geschützt werden soll vor allem aber auch die – weit verstandene – **Gesundheit** der Menschen; somit handelt es sich um **Verhältnisprävention**.

4.3 Spezielle Regelungen

Ausgelöst wurde die Entwicklung des Umweltrechts in gewisser Weise durch das Sofortprogramm der Bundesregierung (aus dem Jahre 1970) und dem **Umweltprogramm** der Bundesregierung (aus dem Jahre 1971)[7]. Seitdem sind eine Reihe neuer Regelungen geschaffen worden, teils **spezielle** Regelungen für einzelne Bereiche des Umweltrechts, später auch **bereichsübergreifende Regelungen**.

An speziellen Regelungen seit dem Jahr 1970 sind zu nennen das Abfallbeseitigungsgesetz (1972)[8], das Tierschutzgesetz (1972)[9], das Bundesimmissionsschutzgesetz (1974)[10], das Bundesnaturschutzgesetz (1976)[11], das Abwasserabgabengesetz (1976)[12], das Chemikaliengesetz (1980)[13], das Gentechnikgesetz (1990)[14], das Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz (1996)[15] sowie das Bundes-Bodenschutzgesetz[16].

Zum Umweltrecht zählt man aber auch ältere umweltrechtliche Regelungen, beispielsweise das Atomgesetz (Gesetz über die friedliche Verwendung von Kernenergie und den **Schutz gegen** ihre **Gefahren**), das mehrfach geändert wurde[17].

Diese Gesetze werden – systematisierend – dem besonderen Umweltrecht zugeordnet.

---

[7] S.o. Fußn. 1
[8] V. 5.1.1977, BGBl. I, S. 41, ber. S. 288
[9] I.d.F. der Bekanntmachung v. 25.5.1998, BGBl. I, S. 1105, ber. S. 1818
[10] I.d.F. der Bekanntmachung v. 14.5.1990, BGBl. I, S. 880, zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 3 G v. 27.12.2000, BGBl. I, S. 2048
[11] I.d.F. der Bekanntmachung vom 21.9.1998, BGBl. I, S. 2994
[12] I.d.F. der Bekanntmachung vom 3.11.1994, BGBl. I, S. 3370, zuletzt geändert durch G v. 25.8.1998, BGBl. I, S. 2455
[13] I.d.F. der Bekanntmachung vom 25.7.1994, BGBl. I, S. 1703, zuletzt geändert durch G v. 14.5.1998, BGBl. I, S. 950
[14] I.d.F. der Bekanntmachung vom 16.12.1993, BGBl. I, S. 2066, geändert durch VO v. 21.9.1997, BGBl. I, S. 2390, ber. S. 2756
[15] S. Fußn. 8
[16] Gesetz zum Schutze vor schädlichen Bodenveränderungen und zur Sanierung von Altlasten v. 17.3.1998, BGBl. I, S. 502
[17] Und nunmehr i.d.F. v. 15. Juli 1985, BGBl. I, S. 1565 vorliegt, zuletzt geändert durch G v. 6.4.1998, BGBl. I, S. 694

4.4 Bereichsübergreifende Regelungen

Daneben sind Regelungen zu nennen, die **bereichsübergreifend / medienübergreifend** umweltrechtliche Fragen lösen. In gewisser Weise fällt darunter auch das Umweltkriminalitätsgesetz (aus dem Jahre 1980)[18].

Unmittelbar umweltrechtlich einschlägig sind diese Regelungen über die **Umweltverträglichkeitsprüfung**, die seit 1975 für Maßnahmen des Bundes[19] und seit 1990 gesetzlich für bestimmte öffentliche und private Projekte[20] vorgeschrieben ist.

Zu nennen ist weiter das zum **Umweltprivatrecht**[21] gehörende Umwelthaftungsgesetz aus dem Jahre 1990, das eine medienübergreifende Umweltgefährdungshaftung einführte.

Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben das **Umweltauditgesetz**[22], das als Gesetz zur Ausführung der UmweltauditVO[23] diese EG-rechtliche Vorgabe ins nationale Recht umsetzte.

4.5 Ökologisierung bestehenden Verwaltungsrechts

Die Entwicklung des Umweltrechts hat sich außerdem in Vorschriften des traditionellen **Verwaltungsrechts** niedergeschlagen, die den **gestiegenen Anforderungen** an die Umweltbelange angepasst worden sind. In erster Linie ist das **Baugesetzbuch (BauGB)**[24] zu nennen, daneben aber auch das (Bundes-)Raumordnungsgesetz und die Landesplanungsgesetze, das Bundesberggesetz, das Flurbereinigungsgesetz sowie zahlreiche andere Fachplanungsgesetze[25].

So sind bei der Aufstellung der Bauleitpläne nach dem BauGB (der Flächennutzungspläne und der Bebauungspläne)[26] „die Belange des Umweltschutzes, auch durch die Nutzung erneuerbarer Energien, des Naturschutzes und der Landschaftspflege, insbesondere des Naturhaushalts, des Wassers, der Luft und des Bodens einschließlich seiner Rohstoffvorkommen, sowie

---

[18] Zu dieser Materie vgl. Hoppe, aaO., § 2 B I, S. 60 f.
[19] Verbindlich gemacht durch die „Grundsätze für die Prüfung der Umweltverträglichkeit öffentlicher Maßnahmen des Bundes“ – Bek. d. BMI v. 12.9.1975 – GMBl. S. 717
[20] Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG) vom 12.2.1990, BGBl. I, S. 205, zuletzt geändert durch G v. 18.8.1997, BGBl. I, S. 2081
[21] Wie Fußn. 26
[22] Vom 7.12.1995, BGBl. I, S. 1591, geändert durch G v. 19.12.1998, BGBl. I, S. 3836
[23] Verordnung (EWG) Nr. 1836/93 des Rates vom 29. Juni 1993 über die freiwillige Beteiligung gewerblicher Unternehmen an einem Gemeinschaftssystem für das Umweltmanagement und die Umweltbetriebsprüfung
[24] I.d.F. der Bekanntmachung vom 27.8.1997, BGBl. I, S. 2141, ber. BGBl. 1998 I, S. 137
[25] Näheres hierzu bei Kloepfer, aaO., § 1, S. 60 ff.
[26] Vgl. im Einzelnen §§ 1 Abs. 2, 5 ff., 8 ff. BauGB

das Klima“[27] zu berücksichtigen; konkretisiert wird diese Vorgabe neuerdings durch § 1a BauGB mit dem Titel „**Umweltschützende Belange** in der Abwägung“.

Und auch dort, wo keine Bebauungspläne erforderlich sind, sind **umweltrechtliche Erwägungen u.U. entscheidend**, so für das Bauen im Außenbereich gemäß § 35 Abs. 3 BauGB, insbesondere Ziff. 2, 3, 5 und 6.

4.6 Europäische Union

Maßgebliche Impulse hat das Umweltrecht durch Vorgaben aus dem Bereich der **Europäischen Gemeinschaft**[28] erhalten. Diese hat in den letzten 10 Jahren ihre **Umweltschutzaktivitäten** erheblich **ausgeweitet**; das ist dokumentiert durch bislang fünf Aktionsprogramme auf dem Gebiet des Umweltschutzes, mit denen die **Leitlinien** der Umweltpolitik festgelegt worden sind; das sechste **Umweltprogramm**[29] wurde am 24.1.2001 von der Kommission vorgelegt. Vor allem ist aber das europäische Umweltrecht selbst stark erweitert worden.

Die EG hat eine ausdrückliche **Kompetenz** auf dem Gebiet des Umweltschutzes im Jahre 1986 durch die Einheitliche Europäische Akte (EEA)[30] erhalten. Im derzeit geltenden Europarecht sind sowohl die Ziele und Prinzipien der Umweltpolitik[31] als auch die Rechtsetzungskompetenzen[32] festgelegt. Durch Verordnungen, Richtlinien und Entscheidungen wird rechtsverbindlich auf die nationalen Rechtsordnungen eingewirkt. Dabei lässt sich wieder **medienspezifisches Umweltrecht** (z.B. Naturschutz, Gewässerschutz, Luftreinhaltung, Lärmbekämpfung, Abfallrecht und Bio- und Gentechnologie) unterscheiden von **allgemeinen umweltrechtlichen Regelungen**; hierunter fällt die Umweltinformations-Richtlinie, die Richtlinie über die Umweltverträglichkeitsprüfung sowie die Öko-Audit-Verordnung.

---

[27] § 1 Abs. 5 Ziff. 7 BauGB; weitere Hinweise bei Hoppe u.a., aaO., § 7 C 2, S. 158 ff.
[28] Dazu ausführlich Epiney, Umweltrecht in der Europäischen Union, 1997; Kloepfer, aaO., § 9 B, S. 543 ff.
[29] „Umwelt 2010: Unsere Zukunft liegt auf der Hand“
[30] Vom 28.2.1986, BGBl. II, S. 1107
[31] Vgl. Art. 2, 3 Abs. 1 Buchst. l, vor allem Art. 6 EGV
[32] Vgl. Art. 174 – 176 EGV

4.7 Die Wurzeln des deutschen Umweltrechts

Als Ausgangspunkt von Überlegungen zu den spezifischen Merkmalen des Umweltrechts kann man das deutsche Umweltrecht insoweit betrachten, als es historisch gewachsen ist und zunächst spezifischen Zielsetzungen gefolgt ist[33].

So lässt sich beispielsweise für die **Umweltgüter Wasser** und **Waldbestände** feststellen, dass die diesbezüglichen Regelungen **zunächst** wohl eher einem wirtschaftsrechtlich oder **wirtschaftlich intendiertem Ziele** folgten. Insbesondere für das **Wasser** ist wohl frühzeitig gesehen worden, dass es sich hierbei um ein grundsätzlich **knappes Gut** von existenzieller Bedeutung für die Bevölkerung handelt, dessen Bewirtschaftung durch öffentliches und somit zwingendes Recht geboten erschien.

Auch für das Waldrecht wird man diese Feststellung treffen können. Dieses Rechtsgebiet hat im Übrigen von seinen ersten Regelungen an – nämlich im **Reichswaldgesetz**[34] – das Prinzip der **Nachhaltigkeit (ausdrücklich)** festgelegt; man darf allerdings vermuten, dass hierbei in erster Linie doch eher betriebs- und volkswirtschaftliche Gesichtspunkte eine Rolle gespielt haben und dass ein Umwelt- oder Naturschutz nach heutigem Verständnis eher zweitrangig war.

4.8 Unterschiedliche Normprogramme / primäre Zielsetzungen

Eine besondere Bedeutung für den Umweltschutz kommt dem **Polizei- und Ordnungsrecht** zu; darüber ist sogleich zu berichten.

Zuvor ist – im Zusammenhang mit dem Umweltrecht in seiner Beziehung zum Wirtschaftsrecht – zu erwähnen, dass auch ein **Paradigmenwechsel** denkbar ist: Das **frühere, ordnungs-** und **polizeirechtlich geprägte Abfallrecht** ist umgestaltet worden in einen Rechtsbereich, der primär sich nicht mehr mit der Gefahrenabwehr befasst, jedoch einen durchaus vergleichbaren Effekt erzielt[35]. Das zeigt ein Vergleich der früheren abfallrechtlichen Regelungen in den kommunalrechtlichen Bestimmungen der Länder (z.B. Gemeindeordnungen) mit dem

---

[33] Zur geschichtlichen Entwicklung des Umweltrechts vgl. z.B. auch Hoppe u.a., aaO., § 1 C III 3, S. 49 ff. sowie Kloepfer, aaO., § 2 S. 65 ff.

[34] Sanden, Umweltrecht, 1999, § 4 I 1, S. 3; ebenso heute § 1 Nr. 1 Bundeswaldgesetz v. 2.5.1975, BGBl. I, S. 1037

[35] Zu dieser Entwicklung auch Kloepfer, aaO., § 18 C, S. 1201 ff.

jetzigen Kreislaufwirtschafts-Abfallgesetz, in dem man polizeiliche, der Gefahrenabwehr verpflichtete Regelungen kaum noch ausmachen kann.

Weiterhin lässt sich als **primäre Zielsetzung** im umweltrechtlichen Bereich zuweilen auch die **Verwirklichung von Qualitätsstandards**[36] feststellen, beispielsweise im Immissionsschutzrecht, im Abwasserrecht und im Naturschutzrecht. Dabei wird – **gesetzestechnisch final konstruiert** – ein bestimmter **Gütezustand** von Luft, Abwasser und Natur (um bei diesen Beispielen zu bleiben) **gesetzlich festgelegt**; hierbei handelt es sich um eine andere Regelungstechnik als die traditionell kausal strukturierten „Konditionalprogramme" beispielsweise des Polizeirechts.

4.9 Polizei- und Ordnungsrecht

4.9.1 Gefahrenabwehr

Das **Polizei- und Ordnungsrecht** ist in seinem Kern das Recht der **Gefahrenabwehr**[37]; es geht darum, dass **Schutzgüter des Menschen** (**Leben, Körper, Gesundheit**, Eigentum) vor Schäden geschützt werden, die durch andere Personen oder durch Umwelt-Mängel, zuweilen auch durch Naturereignisse, drohen. Die rechtlich – vor allem auch rechtsstaatlich – brisante Frage ist diejenige, in welchem Stadium der Staat – handelnd durch seine Polizei – zur Verhütung drohender Schäden antreten kann, u.U. aber auch handeln muss.

Hierzu bedient sich die Rechtsordnung des **Gefahrenbegriffes** und erlaubt der Polizei traditionell, bei Vorliegen einer Gefahr[38] – aber auch erst dann – **Abwehrmaßnahmen** zu ergreifen. Diese richten sich an den sog. polizeirechtlichen Störer. Somit ist der polizeirechtliche Störer derjenige, der polizeirechtlich verantwortlich ist und aufgrund der Anordnung der Polizeibehörde verpflichtet ist, alles zu tun, um den drohenden Schaden nicht eintreten zu lassen[39].

Ist ein **Schaden** bereits **bewirkt**, spricht das Polizeirecht von einer **Störung** und erlaubt der **Polizei** selbstverständlich auch dann Anordnungen **zur Beseitigung dieser Störungen**.

---

[36] Näheres hierzu bei Hoppe u.a., aaO., § 5, S. 125 ff.
[37] Vgl. für alle Drews/Wacke/Vogel/Martens, Allgemeines Polizeirecht (Ordnungsrecht) des Bundes und der Länder, 9. Aufl. 1986
[38] Wahrscheinlichkeit eines Schadens nach bisherigen Erfahrungen; vgl. für alle Schenke, in: Steiner (Hg.), Besonderes Verwaltungsrecht, 6. Aufl. 1999, II C II 3, S. 198 ff.
[39] Schenke, aaO., S. 248 ff.

Problematisch, aber im Umweltrecht besonders bedeutsam sind die Fälle, in denen die **Gefährdung** nicht primär durch ein Verhalten des polizeirechtlich Verantwortlichen, sondern durch den **Zustand einer Sache** hervorgerufen wird, die im Eigentum oder in der Herrschaftsgewalt einer Person[40] steht und von der diese Gefährdung ausgeht.

Berücksichtigen muss man dabei, dass die Feststellung, ob eine **„Gefahr"** im polizeirechtlichen Sinne vorliegt, **nicht mit naturwissenschaftlicher Genauigkeit** möglich ist. Zwar spielt dabei gleichsam naturwissenschaftliches **Erfahrungswissen** eine gewisse Rolle; letztlich maßgeblich ist jedoch außerdem die aus der jeweiligen Situation resultierende Einschätzung der zur Gefahrenabwehr befugten Behörde.

Bei der Festlegung des polizeirechtlich Verantwortlichen ist die eher subjektiv gefärbte Einschätzung noch deutlich stärker; hier gilt der **Effektivitätsgrundsatz** der Polizei. Das heißt, dass auf denjenigen Störer zugegriffen werden darf, dessen Inanspruchnahme den besten Erfolg hinsichtlich der Gefahrenabwehr verspricht[41].

4.9.2 Gefahrenvorsorge

Das Polizeirecht hat sich seit langem auch mit dem **Problem** zu befassen, ob mit dieser rechtlichen Konstruktion **Menschen** wirklich **wirksam geschützt** werden. Man kann es auch so ausdrücken, dass u.U. eine **Situation**, bei der bereits eine Gefahr gegeben ist, in der Entwicklung so weit fortgeschritten ist, dass eine letztlich **wirksame Gefahrenabwehr nicht mehr möglich** ist. Auch im Hinblick auf **Umweltdefizite** ist vorstellbar, dass eine negative Entwicklung in dem Zeitpunkt, in dem eine Gefährdung von Menschen nachweisbar ist, bereits nicht mehr umkehrbar ist, also nicht mehr rückgängig gemacht werden kann.

Zugleich muss man bedenken, dass es häufig **Situationen** gibt, in denen schlechterdings **unsicher** ist, **ob** eine **Gefahr** vorliegt, jedoch das u.U. gefährdete Schutzgut besonders hoch einzuschätzen ist (z.B. das **Leben** und die **Gesundheit von Menschen**).

Die **polizeirechtliche Dogmatik** behilft sich in diesem Falle insoweit, als sie an die Anforderungen für eine Gefahr umso geringere Voraussetzungen stellt, als es um den Schutz von Leben und Gesundheit (also Rechtsgütern von höchstem Rang) geht[42]. Außerdem hat die Rechtsprechung es für zulässig erachtet, dass auch bereits bei der Wahrscheinlichkeit einer Gefahr

---

[40] Insofern spricht das Polizeirecht vom „Zustandsstörer", vgl. z.B. Art. 8 Bay. Polizeiaufgabengesetz (PAG)
[41] Dazu z.B. Schenke, aaO., S. 272 ff. (Zur Auswahl zwischen mehreren Störern)

– insoweit spricht man vom **„Gefahrenverdacht“**[43] – die Polizei Maßnahmen treffen darf. In der Regel darf es sich dabei nur um Maßnahmen zur Gefahrerkundung handeln, ausnahmsweise sind aber auch Maßnahmen zulässig, die endgültig sind[44].

Aus diesen Gedanken lässt sich die Überlegung ableiten, dass in manchen Fällen die **Gefahrenabwehr** zu kurz greift, **nicht effektiv gegen drohende Schädigungen** helfen kann und dass die Gefahrenabwehr gleichsam vorverlegt werden muss auf einen Zeitpunkt, in dem zwar die Bedrohung nur mit einer geringen Sicherheit, u.U. auch nicht kausal eindeutig festgestellt werden kann, gleichwohl aber ein unumkehrbarer Schadensprozess nicht ausgeschlossen werden kann, wenn man erst in einem polizeirechtlich relevanten Gefahrenzeitpunkt eingreift[45].

Der Begriff der **Gefahrenvorsorge** lässt sich auf diese Überlegungen zurückführen und ermöglicht eine Befugnis zu Entscheidungen, mit der bereits Gefahrenlagen verhindert werden sollen.

Dieser Gedanke der Gefahrenvorsorge[46] hat sich auch im **Recht** niedergeschlagen. Erstmals hat das **Bundes-Seuchengesetz**[47] – wenn auch kein Bestandteil des Umweltrechts – diese Regelungstechnik umgesetzt, und zwar auf der **Grundlage** der **Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts**; nach diesen Bestimmungen durfte auch bereits beim Verdacht einer Gefahr eingegriffen werden.

Im **Umweltrecht** ist ein eindrucksvolles Beispiel das **Immissionsschutzrecht**, das durch die Anforderungen an genehmigungsbedürftige, aber auch nicht genehmigungsbedürftige Anlagen und vor allem auch durch die Voraussetzungen an die Emissionen den **Vorsorge-Grundsatz** in bereits nahezu klassischer Weise verwirklicht[48].

Die **Herkunft** dieses **Vorsorge-Grundsatzes** aus dem **Gefahrenabwehrrecht**, also gleichsam als Weiterentwicklung des klassischen Polizei- und Ordnungsrechts, lässt sich im Übrigen wiederum auch am **Bundesimmissionsschutzgesetz** besonders gut zeigen. Dieses Rechtsgebiet stammt aus der Gewerbeordnung. Das Gewerbe-Polizeirecht mit seinen Genehmigungs-Erfordernissen hat bereits vor 150 Jahren diesen Gedanken im Wesentlichen dadurch verwirklicht, dass durch Verhinderung gefährdender Gewerbeanlagen bereits Gefahren-

---

[42] Vgl. BVerwGE 45, S. 51, 61; 47, S. 31, 40
[43] Vgl. dazu Schenke, aaO., S. 203 ff.; Drews/Wacke u.a., aaO., § 13, 2c
[44] Nachweise bei Schenke, aaO. (wie Fußn. 55)
[45] Auf dieser Erwägung beruhen die seuchenrechtlichen Ermächtigungsgrundlagen, früher im Bundes-Seuchengesetz, nunmehr in §§ 1 Abs. 1, 16 Abs. 1, 25 Infektionsschutzgesetz v. 20.7.2000, BGBl. I, S. 1045
[46] Zuweilen wird ein fließender Übergang zwischen Gefahrenabwehr und –vorsorge angenommen, z.B. von Pitschas, Auf dem Weg zu einem „neuen“ Polizeirecht, Kriminalistik 1999, S. 153 ff.
[47] Vgl. nunmehr die in Fußn. 45 genannten Regelungen

situationen unterbunden werden sollten[49]. Diese Gedanken sind spezialgesetzlich nunmehr in neuen Gesetzen verwirklicht, im bereits erwähnten Bundesimmissionsschutzgesetz, aber beispielsweise auch im Atomrecht[50].

4.10 Anthropozentrischer Ansatz

Wenn man in dem traditionellen Recht der **Gefahrenabwehr** und **Gefahrenvorsorge** nach einem (umweltrechtlichen) Grundgedanken sucht, so bemerkt man – vielleicht zur eigenen Verblüffung –, dass hier ein **anthropozentrischer Ansatz des Güterschutzes** verwirklicht wird, wenn sich die diesbezüglichen Überlegungen auf Sachverhalte beschränken, in denen die **Gefährdung von Leben und Gesundheit** eines **Menschen** dadurch bewirkt wird, dass der Schadenseintritt durch ein Verhalten oder einen Zustand einer anderen Person droht, die eine **Gefahrenquelle** verursacht hat oder aber beherrscht. **Primär** wird bei dieser Regelungstechnik nämlich der u.U. **gefährdete Mensch** betrachtet, dem ein Schaden droht – nur dann darf die Polizei handeln. Gleiches gilt für den Bereich der **Gefahrenvorsorge**.

Es ist im Übringen ein auch im Rechtsstaatsprinzip begründeter Grundsatz, dass unter dieser Bedingung der Staat auf denjenigen zugehen darf, der zur Beseitigung dieser Gefahr fähig und dafür verantwortlich ist und der sich im Rahmen der gefahrenabwehrenden Maßnahme eine Beeinträchtigung seiner Freiheit gefallen lassen muss[51].

Es wird also **nicht** gleichsam **direkt (oder primär)** die **Gefahrenursache** betrachtet und als solche **bekämpft**; vielmehr werden die **Defizite** – bei den hier anzustellenden Gedanken durch die Umwelt verursacht – aus der **Umwelt** erst nach einem gedanklich **zweiten Schritt** relevant, wenn sie nämlich als Gefahrursachen erkannt worden sind.

---

[48] Vgl. § 1 BImSchG, am Ende
[49] Ähnliche Erwägungen auch bei Knemeyer, Polizei- und Ordnungsrecht, 8. Aufl. 2000, § 7, S. 38
[50] Vgl. z.B. §§ 1 Ziff. 2, 3 ff., 7 (Genehmigung von Anlagen) AtomG
[51] Beeinträchtigungen von Grundrechten müssen das sog. Übermaßverbot mit seinen (Teil-)Maßstäben der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit beachten – so das BVerfG in std. Rspr., Nachweise z.B. bei Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 12. Aufl. 1999, § 10 Rdnr. 17

4.11 Alternative Sichtweise

Mit diesen Überlegungen ist bereits angedeutet, dass man auch **in anderer Weise** als auf der Grundlage des traditionellen Gefahrenabwehr- und Gefahrenvorsorgerechts **Umweltschutz** betreiben kann.

Es lässt sich nämlich vorstellen, dass man die **Umweltdefizite** gleichsam **direkt** – ohne Berücksichtigung von mehr oder weniger entfernt liegenden Schadensereignissen – **ermittelt und beseitigt**. Diese Ermittlung, die sich auf die Qualität von Umweltgütern oder auch auf deren Quantität beziehen kann und bei denen es primär und direkt um Maßnahmen zur Beseitigung der Defizite geht, bedürfen jeweils der Vorstellungen von standardisierten Qualitätszuständen[52]. Derartige Festlegungen sind notwendig.

Die Beseitigung von Gefahren oder Schädigungen von Menschen durch Umweltdefizite ist nach diesem Regelungsmodell **sekundär beabsichtigt**, aber selbstverständlich auch **durchaus erwünscht**.

An dieser Stelle sei bemerkt, dass sich die Frage aufdrängt, ob der **anthropozentrische Ansatz** oder der – hier als Alternative angesprochene – ökozentrische Ansatz unter der Berücksichtigung der politischen Akzeptanz und Durchsetzbarkeit der günstigere ist. Es dürfte zudem deutlich geworden sein, dass die **Handlungstendenz beider Ansätze** unterschiedlich ist. Überspitzt formuliert findet Umweltschutz im Zusammenhang mit ordnungsrechtlicher Gefahrenabwehr nur als deren Nebenfolge statt, während der ökozentrische Ansatz gleichsam umgekehrt gedanklich ansetzt.

4.12 Die Prinzipien des Umweltrechts

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sei auch ein kurzer Blick auf die anerkannten Prinzipien des Umweltrechts zu werfen, wie sie im **geltenden Recht** – an verschiedener Stelle, in verschiedenen Gesetzen und unterschiedlichen Ausprägungen – aufzufinden sind[53].

---

[52] Vgl. dazu Hoppe u.a., aaO., § 5 mit zahlreichen Nachweisen

[53] Im Einzelnen ist diesbezüglich vieles str.; so unterteilen Bender u.a. z.B. in nicht weniger als acht „Hauptprinzipien“ (aaO., S. 29 ff.), während die h.M. mit vier Prinzipien auskommt, z.B. Kloepfer, aaO., § 4, S. 161 ff.

4.12.1 Vorsorgeprinzip

Lange Zeit galt das bereits erwähnte **Vorsorgeprinzip**[54] als das **zentrale materielle Leitbild** des modernen Umweltschutzes, da die reine **Gefahrenabwehr** im Bereich des Umweltrechtes **nicht ausreichend** erkannt worden ist. Vielmehr soll durch vorausschauendes Handeln dem Entstehen von Umweltbelastungen vorgebeugt werden.

Das **Vorsorgeprinzip** – auch als Risikovorsorge bezeichnet – zielt damit auf **umfassenden Schutz** und **schonende Inanspruchnahme** der Naturgrundlagen ab.

Ein wichtiges **Instrument** zur Einhaltung der Umweltvorsorge sind die üblichen **Technikstandards**, die sich in den Generalklauseln zahlreicher Umweltgesetze finden; das kann so geregelt werden, dass „die allgemein anerkannten Regeln der Technik“[55] maßgebend sind; damit ist der schwächste Schutzstandard erreicht; mehr verlangt wird von einem Anlagenbetreiber beim „Stand der Technik“[56]. Denkbar ist auch als Maßstab des Umweltschutzniveaus der „Stand von Wissenschaft und Technik“[57]; hierbei kommt es nicht auf eine betriebliche Erfahrung an, sondern es sind die **neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse** entscheidend. Beispielsweise findet dieser Standard Verwendung, wenn es im Bereich besonders gefährlicher Techniken um Vorsorge geht, so bei der Kernenergie und der Gentechnik[58].

Relativ **neu** ist der **Standard der „besten verfügbaren Technik“**, der sich in Art. 2 Nr. 11 der IVU-Richtlinie[59] findet und der z.B. auch in § 2 Nr. 9 UGB-KommE aufgegriffen wird[60].

4.12.2 Verursacherprinzip

Das Verursacherprinzip[61] besagt, dass der Verursacher, also der **Urheber** von **Umweltdefiziten**, die sachliche und finanzielle **Verantwortung** für Umweltschutzmaßnahmen trägt; insbesondere unterliegt er diesbezüglichen Anordnungen der Verwaltungsbehörden.

Beim Verursacherprinzip zeigt sich deutlich, dass die Wurzeln des Umweltrechts im allgemeinen Polizei- und Ordnungsrecht liegen. Für den Bereich des Umweltrechts hat sich hier

---

[54] Näheres bei Kloepfer, aaO., § 4 B I, S. 166 ff.
[55] Z.B. § 3 Abs. 1 Gerätesicherheitsgesetz
[56] Z.B. §§ 3 Abs. 6, 5 Nr. 2 BImSchG, § 7a Abs. 1 WHG, § 12 KrW-/AbfG
[57] Z.B. § 7 Abs. 2 Nr. 3 AtomG, § 1 Abs. 2 Nr. 5 ProdukthaftungsG
[58] Vgl. § 6 Abs. 2 Nr. 2 AtomG, § 6 Abs. 1 GentechnikG
[59] I.V.m. Anlage IV
[60] Auch § A 6 Nr. 8 des E-UGB I stellt auf diesen Begriff ab
[61] Näheres bei Kloepfer, aaO., § 4 B II, S. 177 ff.

ein gebietsübergreifendes Prinzip des gesamten Umweltrechts entwickelt, nachdem bereits die Bundesregierung in ihrem Umweltprogramm 1971 das Heranziehen des Verursachers zur Schonung der Naturgüter gefordert hatte.

§ 6 UGB-KommE umschreibt das Verursacherprinzip folgendermaßen:

*„(1) Wer erhebliche **nachteilige Einwirkungen, Gefahren oder Risiken** für die Umwelt oder **den Menschen** verursacht, ist dafür verantwortlich.*

*(2) Werden erhebliche nachteilige **Einwirkungen** oder **Gefahren** für die Umwelt oder den **Menschen** durch den Zustand von Sachen verursacht, so sind auch Eigentümer oder Besitzer dafür **verantwortlich**.*

*(3) Ist ein **Verantwortlicher** nach Abs. 1 oder 2 nicht vorhanden, **nicht feststellbar**, nicht rechtzeitig feststellbar oder nach den Vorschriften dieses Gesetzbuches nicht oder nur beschränkt verantwortlich, so ist die **Allgemeinheit verantwortlich**; die Möglichkeit des Rückgriffs bleibt unberührt.“*

Mit diesem letzten Absatz des § 6 UGB-KommE ist bereits in gewisser Weise auch das Gegenprinzip zum Verursacherprinzip angesprochen, nämlich das sog. **Gemeinlastprinzip**[62]; danach soll die Allgemeinheit die Kosten der Beseitigung eines Umweltschadens leisten.

Das Verursacherprinzip hat im Übrigen auch seinen Niederschlag im **Europarecht** gefunden, und zwar im heutigen Art. 174 Abs. 2 EWG-Vertrag (früher Art. 130r EGV).

4.12.3 Kooperationsprinzip

Das Kooperationsprinzip[63] betrifft vor allem die **Ausgestaltung von Entscheidungsprozessen** und kennzeichnet damit die **Zusammenarbeit** des Staates mit anderen Akteuren des Umweltschutzes. In bestimmten Bereichen kann es hoheitliche Regelungen ersetzen.

Als Beispiele der Kooperation sind neben dem „**Betriebsbeauftragten** für Umweltschutz“[64] und der „**Anhörung der** beteiligten Kreise“[65] auch die freiwilligen **Selbstverpflichtungen** der Wirtschaftsverbände zu nennen.

---

[62] Vgl. Kloepfer, aaO., § 4 B III, S. 183 ff.
[63] Dazu Kloepfer, aaO., § 4 B IV, S. 185 ff.
[64] Vgl. z.B. § 21a WHG

Als weitere Form der **Selbstregulierung**, die im Umweltrecht große Bedeutung hat, ist die **Rechts- und Regelsetzung durch Private**[66] zu nennen; Hauptfall ist die technische Normung, etwa durch das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN). Eine wichtige Rolle spielen auch die Arbeitsblätter und Berichte der Abwassertechnischen Vereinigung (ATV) oder auch des Verbandes der Deutschen Ingenieure (VDI)[67]. **Praktisch** werden die im Recht normierten **Technikklauseln** durch die von diesen **privaten Organisationen** erarbeiteten **Normen** ausgefüllt.

Umfang und **Wirkungsweise** des **Kooperationsprinzips** sind noch relativ **wenig bestimmt**. Lange Zeit wurde bezweifelt, ob dieses Prinzip überhaupt eine entscheidungserhebliche rechtliche Bedeutung hat.

Das **BVerfG** hat in seiner Entscheidung aus dem Jahr 1998[68] für das Kreislaufwirtschafts- und Abfallrecht diesem Prinzip **materiell-rechtliche und entscheidungserhebliche Bedeutung** gegeben; es handelt sich um die Entscheidungen zur (Kasseler) kommunalen Verpackungssteuer.

Im **(Bundes-)Bodenschutzgesetz** hat das Kooperationsprinzip **ausdrücklich** Eingang gefunden: § 13 Abs. 4 Bodenschutzgesetz besagt, dass mit dem Sanierungsplan der Entwurf eines Sanierungsvertrages über die Ausführung des Planes vorgelegt werden kann, der auch die Einbeziehung Dritter vorsehen kann. Die Durchführung des Sanierungsplans kann dementsprechend im Wege der Kooperation mittels eines **Vertrages** erfolgen; damit wird ein gleichsam **einseitiges hoheitliches Verwaltungshandeln erübrigt**.

4.12.4 Nachhaltigkeitsprinzip

Der Begriff der nachhaltigen Entwicklung – des **„sustainable development“** – hat internationale Wurzeln[69]. Allerdings taucht der Begriff „nachhaltig“ bereits im Reichswaldgesetz in den 30er Jahren auf und findet sich auch heute ausdrücklich in dessen Nachfolgeregelung[70]. Das

---

[65] Vgl. z.B. § 20 Bodenschutzgesetz
[66] Dazu Marburger, in: DIN (Hg.), Verweisung auf technische Normen in Rechtsvorschriften, 1982, S. 27 ff.
[67] Weitere Beispiele bei Kloepfer, aaO., § 3, S. 145, Rdnr. 78
[68] BVerfGE 98, S. 106 ff.; a.A. noch BVerwGE 96, S.272; vgl. dazu *Arndt*, in: Steiner, aaO., VIII, S. 954 f.
[69] Vgl. die Abschlusserklärung der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (UNCED) in Rio de Janeiro (1992), fortgeführt und konkretisiert in der Agenda 21, vgl. Kloepfer, aaO., § 9 V 1, S. 592 f.
[70] Vgl. § 1 Nr. 1 Bundeswaldgesetz

heißt, dass im Bereich der deutschen Forstwirtschaft der **Grundsatz** der **Vermeidung oder Übernutzung** zum **Schaden nachfolgender Generationen** traditionell anerkannt ist[71].

Die **Endlichkeit des Wachstums** und die fortschreitende Umweltverschmutzung sowie den Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren wurde auch vom Club of Rome Anfang der 70er Jahre festgestellt[72].

Erstmals taucht dieser Begriff des „sustainable development" im sog. **Brundtland-Bericht** aus dem Jahre **1987**[73] auf. Dieser Grundsatz ist dort wie folgt definiert: *„Dauerhafte Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können"*.

Die Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung (UNCED) hat in ihren Beschlüssen von 1972 (in **Rio de Janeiro**) die „nachhaltige Entwicklung" zu einem weltweiten **zentralen Leitbild** erhoben.

Folgende Zielsetzung ist damals festgelegt worden; das Leitbild der Nachhaltigkeit „zielt darauf ab, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, **soziale Verantwortung** und Umweltschutz zusammenzuführen, um faire Entwicklungschancen für alle Staaten zu ermöglichen und unsere natürlichen Lebensgrundlagen für künftige Generationen zu bewahren". Zur **Umsetzung** des Leitbildes der nachhaltigen Entwicklung wurde in Rio die **Agenda 21**, ein aus 40 Kapiteln bestehendes weltweites umweltpolitisches **Aktionsprogramm** für das 21. Jahrhundert, beschlossen. Die Agenda 21 fordert alle Staaten auf, in Einklang mit ihren jeweiligen Gegebenheiten und **Prioritäten Konzepte** und **Strategien** für eine nachhaltige Entwicklung zu erstellen".

Eine **Konkretisierung** erfährt dieses Prinzip durch sog. **Managementregeln**, mit denen die Nachhaltigkeit zugleich operationalisiert und umsetzungsfähig gemacht werden soll[74]:

– Regeneration – erneuerbare Naturgüter (z.B. Holz, Fischbestände) dürfen auf Dauer nur im Rahmen ihrer Regenerationsfähigkeit genutzt werden, andernfalls gehen sie zukünftigen Generationen verloren

[71] Ähnlich auch die „Waldgrundsatzerklärung" der Agenda 21 (vgl. Kloepfer, aaO., S. 583)
[72] *D.* Meadows u.a., Die Grenzen des Wachstums – Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit -, 1992
[73] Der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung „Unsere gemeinsame Zukunft"
[74] BMU (Hg.), Nachhaltige Entwicklung in Deutschland – Entwurf eines umweltpolitischen Schwerpunktprogramms, 1998, S. 8

– Substitution – nicht erneuerbare Naturgüter (z.B. Mineralien, fossile Energieträger) dürfen nur in dem Maß genutzt werden, wie ihre Funktionen durch andere Materialien oder durch andere Energieträger ersetzt werden können

– Anpassungsfähigkeit – die Freisetzung von Stoffen oder Energie darf auf Dauer nicht größer sein als die Anpassungsfähigkeit der Ökosysteme (z.B. Klima, Wälder, Ozeane).

Die – auch **rechtliche** – **Wirkungsweise** dieses Nachhaltigkeitsprinzips wird u.a. davon abhängen, inwieweit dieser **Grundsatz** gleichsam **messbar** gemacht werden kann. Es handelt sich um einen Grundsatz, bei dessen Umsetzung **viele Politikbereiche betroffen** sind. Das erfordert die verstärkte Berücksichtigung des Umweltschutzes z.B. in der Wirtschafts-, Finanz-, Verkehrs-, Raumordnungs- und Landwirtschaftspolitik, auf allen Ebenen der Planung (Raum-, Bau- und Verkehrsplanung), vor allem **auch auf allen Ebenen**, in Kommunen, Ländern, im Staat und in der Europäischen Union, und selbstverständlich auch weltweit[75].

Im Hinblick auf die Probleme der Messbarkeit ist auf die Einführung des **„Umwelt-Barometers Deutschland“** hinzuweisen[76]. Damit sollen **Indikatoren** geschaffen werden, die eine nachvollziehbare Bewertung ermöglichen. So wie man die wirtschaftliche und **soziale Entwicklung** im Bruttosozialprodukt, der Sozialquote, der Arbeitslosenquote oder der Inflationsquote messen kann, wird man sich im Umweltschutz um **vergleichbare Messgrößen** für den Stand und die Entwicklung der Umweltsituation bemühen müssen.

Gleichwohl muss man wegen dieser soeben genannten Schwierigkeiten nicht tatenlos bleiben. Das **BMU** hat in der letzten Legislaturperiode **fünf Hauptfelder** benannt, in denen noch die größten Abweichungen von einem nachhaltigen, umweltgerechten **Entwicklungspfad** bestehen[77], nämlich

– Schutz der Erdatmosphäre

– Schutz des Naturhaushaltes (dabei die Umweltgüter Wasser, Boden und Luft, die in der Bundesrepublik teilweise noch immer zu starken Beanspruchungen unterliegen)

– Schonung der Ressourcen

– **Schutz der menschlichen Gesundheit**

– Umweltschonende Mobilität

---

[75] Vgl. z.B. Pflüger, Umweltpolitik und Welthandelsordnung – Konfliktfelder und Lösungsansätze, Aus Politik und Zeitgeschichte B 46 – 47, 99, S. 13 ff.
[76] BMU (Hg.), aaO., S. 13
[77] BMU (Hg.), Umweltpolitik – Umweltbericht 1998, 1998 = BT-Drucks. 13/10735, S. 40 ff.

4.13 Aktuelle Zusammenhangsfragen

Auf **zwei Fragenkomplexe** von besonderer Aktualität soll im Folgenden noch kurz hingewiesen werden, nämlich auf den Zusammenhang von Umweltrecht und **Weltwirtschaft** sowie auf den Zusammenhang von Umweltrecht und der sog. **sozialen Frage**, insbesondere wenn man dieses Problemfeld in globaler Hinsicht betrachtet.

4.13.1 Umwelt und Weltwirtschaft

Umweltpolitik ist nach heutigem Verständnis nicht nur ein eigenständiges Handlungsfeld[78], sondern ist zugleich Verkehrspolitik, Energiepolitik, Agrarpolitik, Wirtschaftspolitik, Steuer- und Subventionspolitik usw. Beispielsweise hat das 5. EU-Umweltaktionsprogramm (1992 – 1998) die Bereiche Industrie, Energie, Verkehr, Landwirtschaft und Tourismus als Zielsektoren für eine verbesserte Integration von Umweltschutzbelangen hervorgehoben. Diese Art von **Politikintegration** wurde durch den Vertrag von Amsterdam eingeführt und erhielt am 1.5.1999 eine weitere Aufwertung, durch den neuen Artikel 6 des EG-Vertrages[79].

Besonders bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang ein Vorschlag der Kommission an den Europäischen Rat in Cardiff (Juni 1998) mit verschiedenen „Leitlinien für eine Partnerschaft zur Einbeziehung des Umweltschutzes in andere Politikbereiche“. Mit dem damit eingeleiteten **„Cardiff-Prozess“** ist eine zukunftsweisende **Politikintegration** in Gang gesetzt worden[80]. In Europa fehlt es nicht an den notwendigen „Werkzeugen“ für eine derartige verbesserte Politikintegration, sondern vor allem an dem politischen Willen, hergebrachte politische Frontlinien und in politischen Institutionen fest verankerte Widerstände zu überwinden und sich für zukunftsfähige Entwicklungspfade zu entscheiden.

---

[78] Vgl. Gehmacher, Liberalisierung und Globalisierung als mögliche Gefährdung der sozialen und ökologischen Entwicklung, in: Waigel u.a., Liberalisierung und Nachhaltigkeit, Umweltschriftenreihe für Ökologie und Ethologie, Bd. 27, 2001, S. 29 ff.; Pflüger, aaO., passim

[79] „Die Erfordernisse des Umweltschutzes müssen bei der Festlegung und Durchführung der in Art. 3 genannten Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen insbesondere zur Förderung einer nachhaltigen Entwicklung einbezogen werden.“

[80] Näher dazu Buck/Kraemer/Wilkinson, Der „Cardiff-Prozeß“ zur Integration von Umweltschutzbelangen in andere Sektorpolitiken, Aus Politik und Zeitgeschichte, B 48/99, S. 12 ff.

Die Frage des Zusammenhangs von Umwelt und Weltwirtschaft wird aber auch intensiv im Bezug direkt auf die **Weltwirtschaft** gesehen. Es ist heutzutage eine Binsenweisheit, dass das Anliegen des **Umweltschutzes** in den letzten Jahren vermehrt in **Konflikt** mit der **Welthandelsordnung** geraten ist[81]. Die Abstimmung des Regelwerks des Welthandels (früher GATT, heute WTO) mit den nationalen und internationalen Umweltpolitiken zählt zu den großen Herausforderungen, mit denen auch die Welthandelsorganisation (WTO) gegenwärtig direkt konfrontiert wird. In welcher Weise zukünftig diese Problematik gelöst wird, ist zurzeit noch nicht sicher. Neben ersten materiell-rechtlichen Bindungen durch eine entsprechende Ergänzung des einschlägigen Völkerrechts[82] ist auch an diesbezügliche **Institutionen** zu denken. Der 1994 geschaffene **Ausschuss für Handel und Umwelt** in der WTO[83] kann in diesem Sinne verstanden werden. Weitergehende Forderungen nach der **Schaffung** einer **zentralen Weltumweltorganisation**, die sicherlich die internationale Umweltpolitik schlagkräftiger machen könnte, sind wohl zurzeit noch im Bereich der Wünsche zu sehen.

4.13.2 Umwelt und soziale Frage

Bereits die Beschlüsse **in Rio de Janeiro (1992)** zur „nachhaltigen Entwicklung“ enthielten eine Zusammenschau von Umweltschutz, wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und **sozialer Verantwortung** für alle Staaten, außerdem auch für zukünftige Generationen.

Globale Sicht

Die sog. soziale Frage[84] wird **nicht** mehr **allein** ein **Problem von Nationalstaaten**, das beispielsweise so wie in der Bundesrepublik Deutschland durch eine Vielzahl von sozialrechtlichen Regelungen beantwortet worden ist.

Es handelt sich vielmehr auch um die Frage, inwieweit die unterschiedlichen sozialen Bedingungen zwischen Regionen, Völkern, Erdteilen zumindest teilweise ausgeglichen werden können – und hierbei stellt sich die Frage, inwieweit der **Umweltschutz** mit seinen rechtlichen Anforderungen und den daraus resultierenden wirtschaftlichen Konsequenzen ein

---

[81] Dazu näher Pflüger, aaO., passim
[82] Stichwort: Ökologisierung der WTO, vgl. Pflüger, aaO., S. 19
[83] Dessen Tätigkeit könnte sich an den Erfahrungen mit dem Verhandlungsprozess bei der Schaffung der Nordamerikanischen Freihandelszone orientieren, vgl. dazu D.C. Esty, Greenings the GATT: Trade, Environment, and the Future, Institute for International Economics, 1994, S. 46 ff., 214 f.
[84] Näher dazu Lampert/Althammer, Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. Auf. 2001, S. 26 ff.

Hemmschuh, eine **Bedrohung von sozialen Verhältnissen** oder aber ein Motor für eine Verbesserung von Lebensverhältnissen[85], insbesondere in den Ländern der Dritten Welt ist.

Binnenstaatliche Sicht

Die Gefährdung der elementaren Lebensverhältnisse birgt nicht nur im Verhältnis unterschiedlich entwickelter Regionen, Staaten, Erdteile auch soziale Gefahren in sich. Es ist auch auf den Raum eines einzelnen Staates bezogen erforderlich, den **Umweltschutz** als **Aspekt der Existenzsicherung** zu begreifen. An einer diesbezüglichen ökologischen Sozialethik wird gearbeitet; die **Etablierung** eines **sozialökologischen Moralprinzips** wird angestrebt[86]. Dabei soll praktisch wohl dem Prinzip der Nachhaltigkeit eine Rolle zukommen, die bislang dem anthropozentrischen Grundsatz vorbehalten war.

---

[85] Vgl. Höhn, Die Natur der Gesellschaft. Bausteine einer ökologischen Sozialethik, Aus Politik und Zeitgeschichte B 33-34/2000, S. 17 ff.
[86] Vgl. Höhn, aaO., passim

Entwicklungslinien

Auch dieses Problemfeld, die Frage einer letztlich auf eine gewisse Harmonie abzielende Lösung der **Spannungslage** zwischen **Umweltanliegen** und der **sozialen Frage**, wird sich möglicherweise nur überzeugend lösen lassen unter den Rückgriff auf grundsätzliche Erwägungen und Prinzipien. Die bisherig Entwicklung dürfte gezeigt haben, dass beide Grundannahmen, sowohl das anthropozentrische Verständnis von Umweltschutz als auch die ökozentrische Sichtweise, zu beachtlichen Fortschritten geführt haben. Das **Wissen** um die Notwendigkeit von Umweltschutz ist vorhanden. Was bislang eher zu **fehlen** scheint, ist ein gewisses **Selbstverständnis von der Notwendigkeit von Umweltschutz**, der im eigenen häuslichen Bereich beginnt und sich erstreckt bis auf weltweit wirkende Umweltschutzmaßnahmen.

C. Handlungsfelder für Präventionsregelungen

I. Vorbemerkungen

Bei den vorhandenen gesetzlichen Regelungen mit präventivem Gehalt handelt es sich um eine **Rechtsmasse**, die nicht „aus einem Guss" entstanden ist, sondern die das – bisherige – Ergebnis einer Entwicklung ist. Dabei ist – wie in einer funktionierenden Demokratie eher selbstverständlich – **keine durchgehend klare Entwicklungslinie** in allen diesbezüglichen Rechtsgebieten erkennbar. Gleichwohl lassen sich zumindest folgende Gesichtspunkte ausmachen, die als gleichsam dauerhaft funktionierende **Leitlinien** eines Prozesses verstanden werden können, der im Bereich von Prävention über die Jahrzehnte hinweg[1] beobachtet werden kann:

- Die Erkenntnis von **gesundheitsbezogenen Naturwissenschaften** werden in der Rechtsordnung berücksichtig.
- **Prävention** („Schadensverhütung") wird in zunehmender Weise als (im Verhältnis zur „Schadensbeseitigung") **vorrangig** zu verfolgende Strategie zur Gesundheitssicherung verstanden.
- Die Maßnahmen zur **Optimierung** von Gesundheitsschutz haben tatsächlich und rechtstechnisch **nicht erst** bei diagnostizierbaren **Gefahren-Situationen** anzusetzen; dies wird zunehmend als nicht ausreichend und im Übrigen auch als tendenziell unwirtschaftlich eingeschätzt.
- Eine **Vorverlagerung** des präventiv zu veranlassenden Gesundheitsschutzes als Strategie der **Gefahrenvorsorge** (Gesundheitsvorsorge) mit den Zielen einer deutlich verbesserten **Gefahrenabwehr** sowie einer **Stabilisierung** sowie **Verbesserung** bestehender (Gesundheits-)Verhältnisse wird wohl allgemein angestrebt.

Man wird wohl nicht zu weit gehen, wenn man in der Gesamtschau dieser Entwicklung sowie der genannten Leitlinien eine **ethisch-idealistische Grundhaltung** erkennt, die auch als ge-

[1] genauer gesagt: bis in das 19. Jahrhundert hinein mit seiner Gesetzgebung zum Gewerbe- sowie zum Unfallversicherungsrecht

dankliche Grundlage einer Fortentwicklung auch im Bereich des Sozialrechts (und verwandter Rechtsbereiche) dienen sollte.

Im Nachfolgenden werden **„Handlungsfelder“** beschrieben. Dabei geht es um **Anregungen** im Hinblick auf Aktivitäten, die nach der Auswertung der verwaltungsrechtlichen Regelungen mit gesundheits-präventiven Gehalten als angezeigt erscheinen bei Überlegungen zur **Fortentwicklung** von **Prävention** insbesondere im Bereich des Sozialverwaltungsrechts.

II. Begriffliche und definitorische Klarstellungen

1. Allgemeines

Die Untersuchung der vorhandenen **Rechtsmasse** unter dem Aspekt **präventiver Gehalte** im geltenden Recht zeigt eine Vielzahl von Begriffen, mit denen Prävention umschrieben wird. Damit geht eine gewisse **Anschaulichkeit** einher; soweit ein bestimmtes **Präventionsziel** angestrebt wird – Gesundheit, berufliche Kompetenz, soziales Wohlbefinden / soziale Integration, familiäre Erziehungskraft – sollte die Möglichkeit einer **Vereinheitlichung** der Terminologie ins Auge gefasst werden.

Die Sinnhaftigkeit der **Klassifikation** von Prävention in primäre, sekundäre und tertiäre Maßnahmen ist überprüfenswert, u.U. zu präzisieren. Zu überlegen ist auch, ob der **Gesetzgeber** diese Begriffe verwenden sollte, vor allem in Abweichung von dem in **Rechts- und Naturwissenschaft** üblichen Verständnis.

Wahrscheinlich kann mit dieser traditionellen Präventions-Trias vor allem das gleichsam **präventive Potential**, das in jeder Maßnahme z.B. der **Krankenbehandlung, Aus- und Weiterbildung**, Beratung und **Unterstützung** von Einzelpersonen oder Gruppen (z.B. Familien) steckt, **nicht** angemessen begrifflich **erfasst** werden.

Die klassifikatorisch-begriffliche **Lösung** dieses Problems kann in einem **veränderten Verständnis** der bisher üblichen Präventions-Kategorien oder in einer diesbezüglichen **Erweiterung** liegen.

2. Verständnis von primärer Prävention

2.1 Einbeziehung von Verbesserung des Gesundheitszustandes

Diesbezüglich ist klärungsbedürftig, ob sich primäre Prävention auf Maßnahmen über Situationen der **Gefahrenabwehr** hinaus auch auf eine tendenziell unbegrenzte **Gefahren-** und **Daseinsvorsorge** bis hin zur **Verbesserung** des **allgemeinen Gesundheitszustandes**, und dabei unter Einschluss von Verhaltens- und Verhältnispräventionen, beziehen soll und in welcher Weise eine administrative **Eingrenzung** geregelt werden soll (z.B. durch diesbezügliche **Budgets**, Budgetanteile).

2.2 Begrenzung auf Sozialrecht

Bei Leistungen der **sekundären** und **tertiären Prävention** wird sich das entsprechende Handeln der Verwaltung wohl zumeist an eine bestimmte Person oder einen Personenkreis richten, der bereits in einer Rechtsbeziehung zum Leistungsträger steht, so dass in diesen Präventionsebenen eine mehr oder weniger präzise **Individualisierung** stattfindet.

Im Bereich der – wie immer auch verstandenen – primären Prävention ist die **Betroffenheit** eines Personenkreises – z.B. die Arbeitnehmer eines Betriebes oder die **Mitglieder** einer Krankenkasse – und zwar im Sinne einer abgrenzbaren Zielgruppe oder einzelner Ziel-Personen – nicht so selbstverständlich. Wenn z.B. die Krankenversicherung vermeiden will, auch für die **Sicherheit am Bau**, den **Lärmschutz** in der Disco oder in anderen Berufen[2] und **Krebsvorsorge** durch Verhinderung von Acrylamid in Pommes und Knäckebrot[3] - also im Lebensmittelbereich – und überhaupt hinsichtlich der gesamten **Umweltmedizin** (mit-)verantwortlich, d.h. zuständig zu sein, so muss wohl der Versuch gemacht werden, auch insoweit diesbezügliche Maßnahmen auf einzelne Personen oder Personengruppen zu beschränken, für die bereits eine dem Grunde nach vorhandene rechtliche Zuständigkeit besteht, z.B. aufgrund eines Versicherungs- (und eventuell auch Leistungs-)verhältnisses. Es ist vorstellbar, dass – falls für erforderlich erachtet – eine derartige **Eingrenzung** dadurch vorgenommen wird, dass die Maßnahmen der **primären Prävention nur** in der Ebene der **Verhaltensprävention** vorgesehen werden; auch mit einer derartigen Einschränkung bliebe den Sozialleistungsträgern

[2] vgl. „Jobatlas“: Berufe, die aufs Ohr gehen, SZ v. 23.4.2002
[3] vgl. SZ v. 26.4.2002

ein sehr weites Feld von primär-präventiver Zuständigkeit, unter Einbezug beispielsweise der Sucht-Prävention oder des Schutzes vor Rasenmäherabgas und –lärm; diese **Weite** des Präventionsauftrages bestände in **inhaltlicher Hinsicht** – wegen des weiten Gesundheits-Begriffs sowie wegen des weiten Verständnisses von primärer Prävention, nämlich unter Einbeziehung der Verbesserung der Gesundheit – **sowie** im Hinblick auf den einbezogenen **Personenkreis** – das ist bekanntlich nahezu die gesamte Bevölkerung.

3. Sekundäre Prävention

Traditionell wird mit diesem Begriff ein **Interventionspunkt** mit dem Ziel der Früherkennung bzw. der Feststellung des Nicht-Vorliegens von Krankheit und eine entsprechende **diagnostische Maßnahme** verstanden. Die u.U. angezeigten und sich anschließenden Maßnahmen **(Frühbehandlung)** haben – wie alle „Behandlungen" – einen auch präventiven Gehalt (wie oben erwähnt).

4. Verständnis von „tertiärer Prävention"

Der Begriff der tertiären Prävention und die tatsächlich-praktische Bedeutung entsprechender Regelungen ist **reflexionsbedürftig**. Einigkeit dürfte insoweit bestehen, als diese Präventions-Variante in einem relativ **späten Zeitpunkt** eines bereits manifesten Krankheitsgeschehens eingreift[4]. Eine darüber hinausgehende insbesondere auch juristische Klärung des Begriffs, insbesondere eine Abgrenzung zur Kuration und Rehabilitation scheint auf **Schwierigkeiten** zu stoßen; beispielsweise ist die Feststellung, bei der Tertiärprävention gehe es „darum, bei schon Erkrankten Verschlimmerung sowie weitere Folgeerkrankungen oder Tod zu verhindert bzw. hinauszuschieben"[5], nimmt der Tertiärprävention offensichtlich jegliche eigene rechtliche Bedeutung; denn diese so definierte Zielsetzung ist traditionell identisch mit der im Gesetz geregelten Zielsetzung der Kuration[6]; der Gesetzgeber selbst hat diesbezüglich allerdings auch **keine klaren Vorstellungen**; denn eine „Verschlimmerung zu vermeiden"[7] dürfte wohl

[4] vgl. die Nachweise bei Mühlenbruch, Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001, S. 37 in Fußn. 117
[5] so Mühlenbruch, S. 37
[6] vgl. § 27 Abs. 1, insb. S. 1 SGB V - Krankenbehandlung
[7] vgl. § 23 Abs. 1 Nr. 3, 2.Alt. SGB V

identisch sein mit eine „Verschlimmerungen verhüten“[8], wird neuerdings[9]nicht nur als Maßnahme der Krankenbehandlung, sondern zugleich als medizinische Vorsorgeleistung, also eigentlich als Maßnahme der primären Prävention, definiert.

Beschränkt man tertiäre Prävention auf eine **Sammelbezeichnung** für Maßnahmen, bei denen es allein darum geht, wahrscheinliche **Rückfälle und Folgestörungen**, möglicherweise auch **Chronifizierungen**[10] zu vermeiden, so kommt man zu einer Abgrenzung von Kuration und tertiärer Prävention dergestalt, dass letzte erst dann einsetzt, wenn eine Krankheit als solche nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Dieses – juristisch geprägte – Verständnis eröffnet den Blick dafür, dass z.B. die **medizinische Rehabilitation** in der GKV[11] offenbar nichts anderes als **tertiäre Prävention** ist.

Bei einer derartigen Abgrenzung wird nicht übersehen, dass einerseits in der Praxis der **Krankenbehandlung** die Verfolgung tertiär-präventiver (und somit i.S.d GKV rehabilitativer) Ziele möglicherweise nicht stets erst dann einsetzten sollte, wenn kurative Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Andererseits ist dieser Gesichtspunkt, diese Zielsetzung auch bereits einzubringen in **Art und Weise der Kuration**; wird diese nach den neuerdings gesetzlich geforderten **Qualitätsanforderungen** betrieben[12], so müsste eigentlich auch das Notwendige getan worden sein, um Rückfällen und Chronifizierungen vorzubeugen; diese Frage ist jedoch letztlich aus medizinisch-fachlicher Sicht zu beantworten.

Sicherlich ist es auch kein Zufall, dass der Begriff der **tertiären Prävention** – soweit ersichtlich – in den **gesetzlichen Regelungen nicht** als Rechtsbegriff aufgetaucht.

5. Weitere Abgrenzungsfragen

Die vom Gesetzgeber **bislang** an den Tag gelegte **terminologische Unbeschwertheit** mit den Begriffen Prävention, Gesundheitsförderung, Vorsorge, Verbesserung des Gesundheitszustandes u.ä. sollte kritisch untersucht werden. Mag auch im Einzelfall – also gleichsam im

[8] vgl. § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V
[9] eingefügt durch G. v. 22.12.1999, BGBl. I, S. 2626
[10] so z.B. Hoberg, G+G 3/01, S. 5
[11] vgl. § 40 i.V.m. § 11 Abs. 2 SGB V

Verwaltungsvollzug insbesondere der sozialrechtlichen Regelungen – eine **Überschneidung** verschiedener Zielsetzungen (neben Vorsorge und Prävention kommt insbesondere die Kuration, auch die Rehabilitation in Betracht) nicht selten vorkommen, so kann doch auf eine durchgehend einheitliche Begrifflichkeit nicht verzichtet werden.

Die gleichsam **durchgehende Gewährleistung** präventiver Zielsetzungen und Gehalte auf allen Ebenen und zu jedwedem Zeitpunkt von Maßnahmen, die zugunsten von Gesundheit, Berufsfähigkeit (im weitesten Sinne), Erziehungskraft geleistet werden, wird wahrscheinlich begrifflich und rechtsregelungstechnisch am zweckmäßigsten durch eine entsprechende (zusätzliche) **Profilierung** der **Qualitätssicherung** vorgenommen.

6. Bedeutung für Leistungserbringungsrecht

Die Relevanz einer bestimmten **Kategorisierung** der Prävention und der Definition einzelner **Präventionstypen** für das Leistungserbringungsrecht und die dort u.U. notwendigerweise vorzunehmenden Abgrenzungen (in Abhängigkeit z.B. von einem bestimmten Vergütungssystem) sind zu berücksichtigen.

III. Mitwirkung bei Maßnahmen der Prävention

Maßnahmen mit präventiver Zielsetzung werden traditionell in solche der **Verhaltens-** sowie der **Verhältnisprävention** unterschieden. Diese Differenzierung kann wohl auch im Hinblick auf **Mitwirkungspflichten** der Personen, die von entsprechenden Maßnahmen unmittelbar betroffen werden, sinnvoll verwendet werden.

1. Verhaltensprävention

Hierbei ist der **Adressat** der Maßnahme **zugleich** die **Ziel-Person**, der diese Maßnahme nützen soll. Die Mitwirkung dürfte im Hinblick auf **Probleme** und **Lösungsmöglichkeiten** ähn-

---

[12] s. dazu Seewald, aaO., passim

lich zu bewerten sein wie bei den Maßnahmen, die im vorhandenen Recht insbesondere in den §§ 60 – 66 SGB I geregelt sind; das gilt auch für die dort festgelegten Sanktionen bei Nicht-Beachtung dieser **Obliegenheiten**.

Prüfenswert – aber im Ergebnis wohl zu verneinen – ist die Frage, ob eine darüber hinausgehende Sanktionierung – z.B. durch Bußgeldverhängung gegenüber Beschäftigten bei Missachtung von Unfallverhütungsvorschriften[13] - zielführend, insbesondere praktizierbar (also effektiv) ist.

2. Verhältnisprävention

Damit sind sämtliche Maßnahmen umfasst, die in der **Umgebung** der **Ziel-Person** für Bedingungen sorgen sollen, die als **optimal** im Hinblick auf die **Präventions-Güter** (Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, familiäre Erziehungskraft) zu bewerten sind. Adressaten dieser Maßnahmen sind also nicht die Ziel-Personen selbst, sondern Personen oder Institutionen in ihrer Umgebung (Beispiel: Arbeitgeber, Unternehmer, Familienangehörige).

Auch diesbezüglich ist **Mitwirkung** erforderlich. Dabei sind verschiedene Vorgehensweisen denkbar, die sich in einer **Bandbreite** von eher **obrigkeitlicher Anordnung** (z.B. im Bereich der Unfallverhütung in der Unfallversicherung) bis zur **freiwilligen**, beeinflussbaren Mitwirkung des persönlichen Umfeldes (z.B. Selbsthilfegruppen, Angehörige) abspielen.

Dementsprechend kann sich diese Mitwirkung entweder praktisch als **Umsetzung** präventiver **Vorgaben**[14] **oder** als durchaus wichtiger **Beitrag** innerhalb eines Maßnahmebündels darstellen.

3. Regelungsbedarf

Die bestehenden Regelungen zur Mitwirkung[15] sollten **allgemein** sowie **bereichsspezifisch** ergänzt werden.

---

[13] vgl. § 209 SGB VII; ähnlich der Verhängung von Bußgeld bei Nichtanlegung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren

[14] so z.B. im staatlichen Lebensmittel- und Umweltschutzrecht, auch im Gewerberecht

[15] in SGB I sowie in den Besonderen Teilen des SGB

Selbstverständlich kommen als Maßnahmen zur Verhaltensbeeinflussung[16] negative **Sanktionen**[17] als auch positive Anreize[18] in Betracht.

IV. Inhaltliche Ausgestaltung von Maßnahmen mit präventivem Gehalt

Die Regelungen mit präventivem Gehalt weisen **zum Teil** einen **hohen Abstraktionsgrad** aus, und zwar dort, wo in allgemeiner Weise den Leistungsträgern die Abwendung von Gesundheits- oder sonstigen Gefahren aufgegeben wird[19]. In dieser Bandbreite bewegen sich die vorhandenen Regelungen, und wird wohl auch zukünftig so bleiben.

Überlegungen zur derzeitigen **Steuerung** des Präventionsgeschehens durch **Rechtsnormen** sowie zur **Fortentwicklung** haben sich zu orientieren an den tatsächlichen Möglichkeiten dieses Handlungsfeldes; dazu müssen die einschlägigen **natur-** und **sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse** die Vorgaben für die Gestaltung der Rechtsordnung machen.

Diese **Notwendigkeit** besteht im Übrigen **unabhängig** davon, ob die Steuerung des Präventionsgeschehens durch eine Ausgestaltung der organisatorischen und der **materiell-rechtlichen Regelungen** und u.U. durch eine Verfeinerung dieser Regelungskomplexe stattfindet oder ob – alternativ oder zusätzlich[20] - auch über die verbindliche Festlegung von **finanziellen Aufwendungen** des Präventionsgeschehen beeinflusst, insb. begrenzt wird.

---

[16] und auch bei Maßnahmen im Rahmen von Verhältnisprävention, gegenüber den entsprechenden Adressaten
[17] Bußgelder, Kostenbeteiligung, Leistungsversagung
[18] Bonussystem
[19] Beispiel: § 20 SGB V
[20] so z.B. in § 20 SGB V

V. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

1. Begriffe

1.1. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung beruht auf zwei Aspekten, zum einen der Festlegung bestimmter Anforderungen an Dienstleistungen und Produkte (**Qualitätsanforderungen**; „Wie-Beschaffenheit") sowie zum anderen auf externen oder internen Maßnahmen, mit denen die Beachtung dieser Anforderungen gesichert wird **(Qualitätskontrolle)**.[1]

Für Festlegungen werden verschiedene Begriffe verwendet, mit denen zum Teil auch Hinweise auf die rechtliche (Un-)Verbindlichkeit gegeben werden sollen: **Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen**. Als Oberbegriff lässt sich auch im Hinblick auf die eventuelle rechtliche Bedeutung die neutrale Bezeichnung **„Standard"** verwenden.[2]

„Standard" bezeichnet dabei die Norm für ein Handeln, die aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnis und/oder praktischer Erfahrung innerhalb bestimmter Fachkreise akzeptiert wird.

„Richtlinien" enthalten Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution für ihren Rechtsraum verbindlich beschlossen werden und deren Nichtbeachtung Sanktionen nach sich zieht.

„Leitlinien" sind - in Form einer institutionellen Festsetzung - zustande gekommene Entscheidungshilfen im Sinne von **„Handlungs- und Entscheidungskorridoren"**, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann. Sie können sich beziehen auf die (konstitutive) Setzung neuer oder die Verbesserung bestehender Regeln, auf die (deklaratorische) Feststellung vorhandener Regeln sowie auf das Verfahren ihres Zustandekommens. Leitlinien können je nach **Stand der wissenschaftliche Erkenntnis** und/oder praktischen Erfahrung enger oder weiter ausfallen und nehmen eine Mittelstellung zwischen Richtlinien und Empfehlungen ein.

„Empfehlungen" sind die Beschreibung der Möglichkeit eines Handelns oder Unterlassens (geringster Grad der Verbindlichkeit), nach der man sich richten, von der man aber auch ohne

---

[1]) Seewald, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, § 19 Rdnr. 14, S. 438.
[2]) Seewald, aaO., § 19 Rdnr. 15, S. 438.

Begründung abweichen kann. Empfehlungen erlangen Rechtsverbindlichkeit, wenn sie zur Grundlage von vertraglichen Vereinbarungen gemacht werden.[3]

1.2 Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement stehen in engem Zusammenhang. Mit dem Begriff des **Qualitätsmanagements** wird der **organisatorisch-institutionelle Aspekt** in dem Sinn angesprochen, dass die Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Verfahren, Prozesse und die erforderlichen Mittel hierzu zählen. Die Qualitätssicherung dient dabei als Sammelbezeichnung für alle geplanten und systematischen Tätigkeiten innerhalb des (umfassend zu verstehenden) Qualitätsmanagementsystems.[4]

1.3. Methoden der Qualitätssicherung

Als Qualitätsbereiche unterschieden werden **Strukturqualität, Prozessqualität** und **Ergebnisqualität**. Die Zuordnung erfolgt nach der schwerpunktmäßigen Ausrichtung. Prozess- und Ergebnisqualität verfolgen häufig auch das andere Ziel mit.

Strukturqualität bezeichnet die persönliche Qualifikation der Akteure (Aus- und Weiterbildung, Fachkunde für bestimmte Leistungen) und die sachlichen Anforderungen an die Wirkungsstätte (z.B. Arbeitsmittel; Organisation; Dokumentation).

Prozessqualität beschreibt das Verfahren für die Leistungserbringung (z.B. Empfehlungen für die Vornahme bestimmter Maßnahmen; Sicherung der getroffenen Maßnahmen).

Ergebnisqualität setzt die Entwicklung eines Maßstabs voraus, nach dem das Ergebnis einer Maßnahme beurteilt werden kann (z.B. Statistik; Vergleich von verschiedenen Maßnahmen mit gleicher Zielsetzung nach Eintritt und Dauer des Erfolgs).[5]

---

[3]) Zu den Begriffen vgl. Hart, Ärztliche Leitlinien - Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen, MedR 1998, 8; Wienke, Leitlinien als Mittel der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung, MedR 1998, 172.

[4]) Seewald, aaO., § 19 Rdnr. 18, S. 439.

[5]) Vgl. Hess, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Vor §§ 135-139 SGB V, RdNr. 2 ff. und 8 ff. zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

2. Sozialgesetzbuch

2.1 Regelungen zur Qualitätssicherung in der Krankenversicherung

Die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung hat im **Sozialgesetzbuch** innerhalb der einzelnen Regelungsmaterien eine **unterschiedliche Ausprägung** erfahren.

Am intensivsten ist die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung **(SGB V)** im Vierten Kapitel - Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern - in einem besonderen (neunten) Abschnitt geregelt (§§ 135 bis 139 SGB V). Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität haben hier in spezifischen Vorschriften ihren Niederschlag gefunden.

Hervorzuheben ist die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Sicherung und **Weiterentwicklung der Qualität** nach dem Stand der **wissenschaftlichen Erkenntnisse** (§ 135a Abs. 1 SGB V) und zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 135a Abs. 2 SGB V), die Bildung einer **Arbeitsgemeinschaft** aller Beteiligten zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137b SGB V) sowie die Errichtung eines **Koordinierungsausschusses** von Krankenkassen und Leistungserbringern zur Beschlussfassung über **evidenzbasierte Leitlinien** für die Leistungserbringung und die Herausgabe von Empfehlungen zum Verfahren bei der Umsetzung und Evaluierung der in den Leitlinien festgesetzten Kriterien einschließlich der Dokumentation (§ 137e SGB V). Zudem haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die **Qualitätssicherungsmaßnahmen** mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer verbindlich zu vereinbaren (§ 137d Abs. 1 und 2 SGB V).

2.2 Andere Regelungen zur Qualitätssicherung

Auch in den anderen Büchern des SGB sind Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind zu nennen:

Qualitätsprüfung von Weiterbildungsmaßnahmen durch das **Arbeitsamt** (§ 93 SGB III);
Überwachung der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen durch die **Unfallversicherungsträger** in den Unternehmen sowie die Beratung der Unternehmer und der Versicherten (§ 17 Abs. 1 SGB VII);

Qualitätsentwicklungsvereinbarung zwischen dem Träger der **öffentlichen Jugendhilfe** und dem Träger der Betreuungseinrichtung (§§ 78b Abs. 1 Nr. 3, 78c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII);

Empfehlungen der **Rehabilitationsträger** zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zur Teilhabe und die Pflicht der Leistungserbringer zur Sicherstellung eines Qualitätsmanagements **(§ 20 SGB IX)**;

Vereinbarung aller Beteiligter von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und Qualitätssicherung der Pflege sowie für die Entwicklung eines Qualitätsmanagements zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität **(§ 80 Abs. 1 SGB XI)**, ferner **Qualitätsvereinbarung** mit Pflegeheimen **(§ 80a Abs. 1 SGB XI)**.

Für die gesetzliche Rentenversicherung **(SGB VI) fehlt** ein gesetzlicher Auftrag zur Qualitätssicherung.

Im Bundesversorgungsgesetz **(BVG)** und im Bundessozialhilfegesetz (§ 93 Abs. 1 Satz 3 **BSHG**) sowie in den Schulgesetzen und in den Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder sind ausgeprägte qualitätssichernde Vorschriften **nicht** enthalten.

3. Qualitätssicherung in der Prävention

3.1 Ausgangslage

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** werden **präventive Leistungen** von der allgemeinen Sicherung der Qualität der Leistungserbringung (§§ 135 bis 139 SGB V) - ohne ausdrückliche Nennung der Prävention als Gegenstand der Qualitätssicherung - inzidenter mit erfasst. Betroffen sind die **„Leistungserbringer“**, die im begrifflichen Gegensatz zu den „Krankenkassen“ als leistungsgewährenden Stellen (Leistungsträger, § 12 SGB I) stehen; vgl. die Überschrift des Vierten Kapitels „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“. Die Qualitätssicherungsvorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung beziehen sich somit ausschließlich auf **externe Leistungserbringer** (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Krankenhaus). Ist die Krankenkasse als Leistungsträger selbst zugleich Leistungserbringer - wie bei der Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 2 SGB V) - gelten die Qualitätssicherungsvorschriften der §§ 135 bis 139 SGB V nicht.

In der **gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI)** und im **Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII)** bestehen **ähnliche Verhältnisse** wie in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem nur nach außen wirkenden qualitätssichernden Instrumentarium.

In der **gesetzlichen Unfallversicherung** dient die präventive Überwachung und Beratung **(§ 17 Abs. 1 SGB VII)** der Qualitätssicherung bei den Unternehmern und Versicherten als **(externen) „Leistungserbringern"**. Ein **internes System** der Qualitätssicherung innerhalb der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) ist im Gesetz **nicht** vorgesehen. Die (nachgehende) **Zweckmäßigkeitsaufsicht** durch den Staat **(§ 87 Abs. 2 SGB IV)** ersetzt **nicht** die verwaltungseigene laufende **Qualitätsselbstkontrolle**.

Einzig im Recht der **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen** wird **nicht** nach externer und interner Leistungserbringung **getrennt**. Die Qualitätssicherung betrifft hier die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen sowie eines effektiven Qualitätsmanagements ohne Unterscheidung danach, ob es sich um fremde Leistungserbringer oder die Erbringung der Leistungen durch den Rehabilitationsträger selbst handelt **(§ 20 SGB IX)**.[6]

3.2 Ziele. Anregungen

Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Prävention muss **final ausgerichtet** sein. Die Qualitätssicherung darf nicht nur das Verhältnis zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer betreffen (vgl. §§ 135 ff. SGB V), sondern muss - wie im Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - **alle Leistungsträger** und **alle Leistungserbringer** zu erfassen, das heißt **auch** den Fall, dass der Leistungsträger die **Prävention** selbst erbringt (vgl. § 20 Abs. 2 SGB V - betriebliche Gesundheitsförderung).

Die **Grundsätze der Qualitätssicherung** sind dabei im Hinblick auf Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität für alle Regelungsbereiche **einheitlich** festzusetzen.

---

[6]) Zu den Defiziten im Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) bei der Qualitätssicherung vgl. Fuchs, Reform von historischer Bedeutung - SGB IX, SozSich 2001, 150, 156.

In die einzelnen Vorschriftenwerke sind lediglich die **sektoralen besonderen Anforderungen** an die Prävention aufzunehmen, sei es durch ausdrückliche Bestimmungen allein für die Prävention (vgl. § 17 Abs. 1 SGB VII), sei es im Rahmen allgemeiner Bestimmungen über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen einschließlich der Prävention (vgl. §§ 135-139 SGB V).

Die vorhandenen **Vorschriften über Prävention** oder mit Bezug auf die Prävention sind deshalb zunächst daraufhin zu **überprüfen**, welche Regelungen übergreifend in einen allgemeinen Präventionsteil des SGB aufgenommen und dort harmonisiert werden können.

Festgestellte **Regelungslücken** sind durch neue Vorschriften zu schließen, und zwar zum einen im **allgemeinen Präventionsteil** durch Regelungen, die für alle Präventionsbereiche gleichermaßen gelten, und zum anderen durch **spezifische Regelungen** in den einzelnen Vorschriftenwerken, wo bislang Bestimmungen über die Prävention gänzlich fehlen (z.B. gesetzliche **Rentenversicherung**) bzw. wenig entwickelt sind (z.B. **Kinder- und Jugendhilfe**).

3.3 Verpflichtung

In dem **allgemeinen Präventionsteil** sind zunächst alle vom SGB erfassten und mit präventiven Maßnahmen beauftragten Leistungsträger und Leistungserbringer einschließlich der Leistungsträger und Leistungserbringer für die noch nicht in das SGB eingeordneten gesetzlichen Leistungen **(§ 68 SGB I)** rechtlich zur Sicherung, Verbesserung und Weiterentwicklung der von ihnen erbrachten präventiven Leistungen zu verpflichten (vgl. § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V).

3.4 Inhalt

Der **allgemeine** Präventionsteil sollte zur **Qualität der Prävention** im Anschluss an die allgemeine Verpflichtung sodann solche Regelungen enthalten, die für alle oder mehrere auf dem Gebiet der Prävention tätigen Leistungsträger gelten:

- Die Leistungen der Prävention müssen dem jeweiligen **Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse** entsprechen (vgl. § 135a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

- Es sind **Qualitätskontrollen** nach Art und Umfang zu beschreiben und festzulegen, wobei die Kontrolle in vielfältiger Weise erfolgen kann (z.B. Prüfung: § 17 Abs. 1 SGB VII, § 46 SGB VIII; Nachweise: § 80a Abs. 1 Satz 1 SGB XI).
- Durch ein **Qualitätsmanagement** ist sicherzustellen (nicht nur zu empfehlen), dass durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Prävention gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird (vgl. § 20 Abs. 2 SGB IX).
- Die Leistungserbringer haben sich an **einrichtungsübergreifenden Maßnahmen** der **Qualitätssicherung** zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern (vgl. § 135a Abs. 2 SGB V).

3.5 Arbeitsgemeinschaft

Zur Wahrnehmung der übergreifenden gemeinsamen Aufgaben aller Leistungsträger auf dem Gebiet der Prävention ist eine **bundesweite Arbeitsgemeinschaft** zu bilden, die durch **regionale Arbeitsgemeinschaften** ergänzt werden kann. Diese Arbeitsgemeinschaft hat den Stand der Qualitätssicherung in der Prävention festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und einheitliche Grundsätze für die Qualitätssicherung in der Prävention zu erarbeiten (vgl. § 137b Satz 2 SGB V).

Wichtigste Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft würde es sein, **„Leitlinien“** und **„Empfehlungen“** für eine wirksame Prävention zu erarbeiten und zu beschließen (vgl. § 137e Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Dagegen sollte die Bildung von Arbeitsgemeinschaften für die **Zusammenarbeit zwischen** den **Leistungsträgern und den Leistungserbringern ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereichs** weiterhin den Regelungen in den **spezifischen Einzelgesetzen** vorbehalten bleiben; so beispielsweise für die Krankenversicherung: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (§ 137b SGB V), Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Gesundheit und der Prävention von Krankenkassen und Leistungserbringern (§ 219 Abs. 2 SGB V).

Die bisher allgemein gehaltene **„Zusammenarbeit“ zwischen Krankenkassen** (§ 20 Abs. 2 SGB V) und Trägern der **Unfallversicherung** (§ 14 Abs. 2 SGB VII) bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist **verbindlicher** auszugestalten und in der institutionalisierten Form einer **Arbeitsgemeinschaft** fortzuführen.

VI. Forschung

1. Sozialgesetzbuch

1.1 Grundsatz

Das **Sozialgesetzbuch (SGB)** enthält nur zum Teil die ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung der einzelnen Leistungsträger zur Forschung. **Forschung** als Aufgabe für **einzelne Leistungsträger** lässt sich allerdings oft mittelbar aus den Vorschriften über den Datenschutz in den einzelnen Büchern des SGB entnehmen.

Ist der Forschungsauftrag für die Leistungsträger in den einzelnen Büchern des SGB eingeschränkt oder fehlen in den einzelnen Büchern des SGB sowohl unmittelbare als auch mittelbare Regelungen für die Forschung ganz, folgt ein **allgemeiner Forschungsauftrag** an die Leistungsträger - indirekt - aus den übergreifenden Vorschriften über den **Datenschutz** im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz -, wo der Datenschutz zu Zwecken der Forschung für alle Leistungsträger gleichermaßen gelockert wird (§§ 67c Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 5, 75 SGB X).

Prävention als Gegenstand der Forschung ist **nur ausnahmsweise** im Gesetz direkt angesprochen.

1.2 Einzelregelungen

Die **Bundesanstalt für Arbeit** hat Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes im allgemeinen und nach Berufen, Wirtschaftszweigen und Regionen sowie die Wirkungen der aktiven Arbeitsförderung zu beobachten, zu untersuchen und auszuwerten, in dem sie „Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ betreibt **(§ 280 Nr. 2 SGB III)**. Sie unterhält hierzu das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung **(§ 282 Abs. 2 Satz 1 SGB III)**. Es handelt sich um eine strikte gesetzliche Verpflichtung (Muss-Bestimmung). **Aktive Arbeitsförderung** hat vorbeugenden Charakter (§ 5 SGB III), ihre Erforschung ist deshalb zugleich ein Beitrag zur **Prävention**.

Für die **Krankenkassen** fehlt eine ausdrückliche Verpflichtung zur Forschung, wenn man von der Erprobung von Methoden in Modellvorhaben (§§ 63 ff., 275a SGB V) absieht. Forschung als Aufgabe ergibt sich für die Krankenkassen aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -, wo in den Vorschriften über den Datenschutz bezüglich der Grundsätze der Datenverwendung die Erlaubnis („dürfen“) zu bestimmten Forschungsvorhaben enthalten ist **(§ 287 SGB V)**. Die beispielhaft genannten **Zwecke** - Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse, Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen, Erkenntnisse über örtliche Krankheitsschwerpunkte - haben, **ohne** den **Begriff Prävention** zu verwenden, eindeutig auch einen **präventiven Bezug**. Auch die umfassende **Verpflichtung** gem. **§ 1 Satz 3 SGB V** („Hilfe“ und „Hinwirkung“) dürfte ohne forschungsbasierte Erkenntnisse kaum wahrzunehmen sein.

Die **Unfallversicherungsträger** haben unmittelbar und ausdrücklich eine umfassende Verpflichtung zur Forschung auf dem Gebiete der **Prävention**. Sie „sollen“ im Rahmen der Entschädigung von Berufskrankheiten durch eigene Forschung oder durch Beteiligung an fremden Forschungsvorhaben dazu beitragen, den **Ursachenzusammenhang** zwischen Erkrankungshäufigkeiten in einer bestimmten Personengruppe und gesundheitsschädlichen Einwirkungen im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit aufzuklären **(§ 9 Abs. 8, 2. Halbsatz SGB VII)**.

Sie „sollen“ ferner im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Prävention mit allen geeigneten Mitteln auch den **Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren** für Leben und Gesundheit **„nachgehen“ (§ 14 Satz 2 SGB VII)**. Der Auftrag bezüglich der Forschung zur Bekämpfung von Berufskrankheiten ergibt sich zudem aus den Vorschriften über den Datenschutz; die Unfallversicherungsträger und ihre Verbände sind ermächtigt („dürfen“), Sozialdaten von Versicherten „zu erheben, verarbeiten und zu nutzen“ (§ 206 Abs. 2 SGB VII).

Für die **Pflegekassen** gilt im Rahmen des Datenschutzes und der Datenverwendung eine der Regelung für die Krankenkassen entsprechende Vorschrift. Die Pflegekassen haben die Erlaubnis **(„dürfen“)** für bestimmte **Forschungsvorhaben**, ohne dass - anders als bei den Krankenkassen - einzelne Zwecke beispielhaft genannt sind **(§ 98 SGB XI)**. Auch wenn die Pflegekassen - anders als die Krankenkassen - keinen speziellen Präventionsauftrag haben, so

ist Gegenstand der Forschung doch auch die **Vermeidung von Pflegebedürftigkeit**; dies folgt aus dem Grundsatz **Vorrang Prävention vor Pflege (§ 5 SGB XI)**.[1]

Für die Träger der Rentenversicherung **(vgl. § 148 SGB VI)**, die Träger der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. § 103 SGB VIII), die Versorgungsverwaltung (BVG), die Sozialämter (BSHG) und die Schulverwaltung gibt es **keine vergleichbaren** besonderen rechtlichen **Regelungen**.

Zwischen den Sozialleistungsträgern besteht eine **Abstimmungspflicht** (Soll-Vorschrift) bei **Forschungsvorhaben** jedweder Art über den gleichen Gegenstand **(§ 95 Abs. 2 SGB X)**.

2. Forschungsvorhaben

2.1 Arten

Ausgehend von den geltenden gesetzlichen Regelungen für Forschungsvorhaben der Leistungserbringer in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches, insbesondere den Regelungen zum Datenschutz, lassen sich folgende **Arten von Forschungsvorhaben** unterscheiden:

2.1.1 Externe wissenschaftliche Forschung (Sozialdaten)

Eine Übermittlung von Sozialdaten zum Zwecke der externen wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich ist ausschließlich nach **§ 75 SGB X** zulässig. § 75 SGB X ist lex specialis gegenüber § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X (Übermittlung zur Erfüllung sozialer Aufgaben).[2]

Die Übermittlung von Sozialdaten ist unter - im Gesetz festgelegten - weiteren Voraussetzungen zulässig, soweit sie erforderlich ist für ein bestimmtes Vorhaben der **„wissenschaftlichen Forschung" im Sozialleistungsbereich** und schutzwürdige Interessen des Betroffenen nicht

---

[1]) Krauskopf/Waschull, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, Kommentar, § 98 SGB XI Rn. 4.
[2]) Rombach, in Hauck/Noftz, SGB X 1, 2 - Verwaltungsverfahren und Schutz der Sozialdaten, Kommentar, § 75 Rn. 63.

beeinträchtigt werden oder das öffentliche Interesse an der Forschung das Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen erheblich überwiegt (§ 75 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X). Übermitteln ist ein Unterfall des Verarbeitens von Sozialdaten (§ 67 Abs. 6 Satz 1) und beinhaltet das Bekanntgeben von Sozialdaten an einen (externen) Dritten außerhalb des Leistungsträgers (§ 67 Satz 2 Nr. 3 SGB X).

Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener), die von Leistungsträgern und anderen in **§ 35 SGB I** genannten Stellen im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben werden **(§ 67 Abs. 1 Satz 1 SGB X)**. Der Begriff **„Wissenschaft“** ist dabei der Oberbegriff zu den Begriffen der Forschung und Lehre. Wissenschaftliche Forschung liegt nur dann vor, wenn mit wissenschaftlichen **Methoden** neue, bisher nicht allgemein bekannte **Erkenntnisse** gesucht werden. Wissenschaftliche Methoden sind solche, die nach Inhalt und Form als ernsthafter, planmäßiger Versuch zur Erlangung der Wahrheit anzusehen sind.[3]

Die Vorschrift des **§ 75 SGB X** gilt für alle Sozialleistungsbereiche.[4]

Für die Forschung zur **Bekämpfung von Berufskrankheiten** sind die Unfallversicherungsträger und ihre Verbände unter - im Gesetz festgelegten - weiteren Voraussetzungen ermächtigt („dürfen“), Sozialdaten von Versicherten und früheren Versicherten zu erheben (§ 67 Abs. 5 SGB X), zu verarbeiten (§ 67 Abs. 6 SGB X) und zu nutzen (§ 67 Abs. 7 SGB X), soweit dies zur Durchführung eines bestimmten Forschungsvorhabens, das die **Erkenntnisse neuer Berufskrankheiten** oder die **Verbesserung der Prävention** oder der **Maßnahmen zur Teilhabe** bei Berufskrankheiten zum Ziele hat, erforderlich ist und der Zweck des Forschungsvorhabens nicht auf andere Weise erreicht werden kann (§ 206 Abs. 2 Satz 1 SGB VII).

Die auf Berufskrankheiten bezogene **Sonderregelung** des **§ 206 SGB VII** enthält im Vergleich zu § 75 SGB X Verfahrenserleichterungen.[5] Die Ermächtigung unterscheidet nicht zwischen interner und externer, wissenschaftlicher und sonstiger Forschung, hebt aber die Zulässigkeit der Verwendung der Sozialdaten für externe Forschung ausdrücklich hervor (§ 206 Abs. 5 Satz 1 SGB VII: „Führen die Unfallversicherungsträger .... das Forschungsvorhaben *nicht selbst* durch ....“).

---

[3]) Rombach, aaO., § 75 Rn. 16 m.w.N.
[4]) Rombach, aaO., § 75 Rn. 67.
[5]) Rombach, aaO., § 75 Rn. 67 m.w.N.

2.1.2 Interne wissenschaftliche Forschung (Sozialdaten)

Forschungsarbeiten **„im eigenen Haus“** des Leistungsträgers sind **kein Übermitteln** von Sozialdaten im Sinne des § 75 SGB X.[6]

Die von Leistungsträgern und anderen in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stellen gespeicherten Sozialdaten dürfen unter - im Gesetz genannten - weiteren **Voraussetzungen** von derselben Stelle für Zwecke der Forschung gespeichert und verändert (§ 67 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB X) oder genutzt (§ 67 Abs. 7 SGB X) werden, wenn es zur Durchführung eines bestimmten Vorhabens **der „wissenschaftlichen Forschung“** im **Sozialleistungsbereich** erforderlich ist und die Voraussetzungen des § 75 Abs. 1 SGB X vorliegen (§ 67c Abs. 2 Nr. 3 SGB X).

Die Vorschrift des § 67c Abs. 2 Nr. 3 SGB X gilt für alle Sozialleistungsbereiche.

Für die Unfallversicherungsträger gilt darüber hinaus § 206 Abs. 2 SGB VII; siehe (1) a.E.

2.1.3 Sonstige Forschung

Die wissenschaftliche Forschung ist **abzugrenzen** von der Sammlung von Daten und deren Auswertung ohne wissenschaftliche Methoden (z.B. **Statistik** über Krankheitsursachen).[7]

Einzelne Bücher des Sozialgesetzbuches enthalten dazu besondere Regelungen:

Die **Bundesanstalt für Arbeit** ist verpflichtet, **Forschung in eigener Zuständigkeit** zu betreiben (§ 280 SGB III: „sie“). Es geht um ihren „eigenen“ Informationsbedarf (§ 282 Abs. 1 Satz 1 SGB III). „Daten“ dürfen nur für den Zweck der wissenschaftlichen Forschung genutzt werden (§ 282 Abs. 2 Satz 4 SGB III).

Die **Krankenkassen** dürfen ihre „Datenbestände“ nur für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben „selbst“ auswerten **(§ 287 Abs. 1 SGB V)**. Das Gleiche gilt für die **Pflegekassen (§ 98 Abs. 1 SGB XI)**. Erlaubt sind interne Forschungsvorhaben, nicht die Weiterleitung von Datenbeständen an außenstehende Dritte, auch nicht an Verbände.[8]

---

[6]) Rombach, aaO., § 75 Rn. 63.
[7]) Rombach, aaO., § 75 Rn. 17.
[8]) Krauskopf/Waschull, aaO., § 98 SGB XI Rn. 6.

Für die **Unfallversicherungsträger** ist die Forschung mit „Sozialdaten“ zur Bekämpfung von Berufskrankheiten - unabhängig von den angewendeten Methoden - geregelt **(§ 206 Abs. 2 SGB VII)**; siehe oben (1) a.E.

2.2 Daten

Für den **Erfolg der Forschung** von entscheidend ist der Umfang des zur Verfügung stehenden Datenmaterials.

2.2.1 Auswertung vorhandener Daten

Die **gesetzlichen Regelungen** gehen grundsätzlich davon aus, dass das zur Forschung verwendete **Datenmaterial vorhanden** ist und nicht erst gezielt zum Zwecke der Forschung gesammelt wird:

Das **„Übermitteln“** von Sozialdaten (§ 75 SGB X) sowie das „**Speichern, Verändern** und **Nutzen**“ von Sozialdaten (§ 67c Abs. 2 SGB X) setzt begrifflich voraus, dass die Angaben über die persönlichen oder sachlichen Verhältnisse der betroffenen Personen dem Leistungsträger bereits vorliegen.

Dies gilt auch für die „Datenbestände“ der Krankenkassen (§ 287 Abs. 1 SGB V) und der Pflegekassen (§ 98 Abs. 1 SGB XI).

2.2.2 Erhebung neuer Daten

Die Effektivität der Forschung, insbesondere der Forschung zum Zwecke der **Prävention**, wird gestärkt, wenn der Leistungsträger nicht auf vorhandene Daten angewiesen ist, sondern sich **zusätzlich** - zweckgebunden - **Daten** hierfür **„erheben“** kann. Erheben ist das Beschaffen von Daten über den Betroffenen (§ 67 Abs. 5 SGB X).

Ein Erheben von Daten zu Forschungszwecken kennt das Recht der **Arbeitsförderung (§ 282 Abs. 2 Satz 2 SGB III)**.

Ein Erheben von Daten zu Forschungszwecken kennt die **gesetzliche Unfallversicherung**, jedoch lediglich hinsichtlich der Forschung zur Bekämpfung von **Berufskrankheiten (§ 206 Abs. 2 SGB VII)**.

3. Prävention durch Forschung

3.1 Verpflichtung

Bereits die geltenden Regelungen für die verschiedenen Zweige der Sozialen Sicherung zeigen, dass Forschung für die Leistungsträger eine unerlässliche **Voraussetzung** ist, um **evidente Erkenntnisse** über die **Wirksamkeit** ihrer Leistungen zu erhalten und die Leistungserbringung zu optimieren und weiterzuentwickeln. Diese Notwendigkeit gilt bei vorbeugenden Leistungen aufgrund von deren prioritärem Charakter in besonderer Weise.

Ein Vergleich der geltenden Regelungen ergibt, dass lediglich in der **gesetzlichen Unfallversicherung Forschung** als Mittel der **Prävention** bezüglich arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit der Versicherten allgemein (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB VII: „nachgehen“) und zur Bekämpfung von Berufskrankheiten (§§ 9 Abs. 8, 206 Abs. 2 SGB VII) ausdrücklich erwähnt wird.

Im **SGB X** und in den **besonderen Büchern** für die anderen Sozialleistungsbereiche ist Forschung zur Prävention - ohne besondere Nennung - Teil des gesamten Spektrums an Leistungen.

Die Gesetzeslage wird der **Bedeutung der Prävention** nicht gerecht. Alle **Leistungsträger** sind deshalb - bezogen auf das Gebiet der Prävention - mit Forschung nicht nur zu beauftragen („sollen“) oder zu ermächtigen („dürfen“, „ist zulässig“), sondern **gesetzlich zu verpflichten** (Muss-Vorschrift), **wie** dieses bisher für die interne Arbeitsmarkt- und Berufsforschung geschehen ist **(§ 280 SGB III: „betreibt“)**. Die Verpflichtung hat umfassend und ohne Einschränkungen sowohl die Eigenforschung als auch die Fremdforschung zu erfassen (vgl. § 9 Abs. 8 SGB VII).

Die **bestehenden Vorschriften** über die Forschung sind aus diesem Grunde zu **harmonisieren** und um besondere Regelungen für die präventionsbezogene Forschung zu ergänzen, was übergreifend in einem für alle Sozialleistungsbereiche gleichermaßen geltenden allgemeinen Präventionsteil erfolgen könnte. Die derzeitige **Unterscheidung** in **externe** Forschung mit Sozialdaten (vgl. § 75 SGB X) und in **interne Forschung** mit Sozialdaten (vgl. § 67c Abs. 2 SGB X) sowie in sonstige Forschung mit Sozialdaten und anderen Daten (z.B. § 287 SGB V) kann **beibehalten** werden.

3.2 Umfang

Die vorhandenen **Daten** werden oftmals für eine wirksame Präventionsforschung nicht ausreichen. Für alle Sozialleistungsbereiche ist deshalb zur **Verbesserung der Prävention** künftig das **Beschaffen weiterer Daten** zu ermöglichen („erheben", § 67 Abs. 5 SGB X), **wie** dies bereits jetzt für die **Unfallversicherung** bei der Bekämpfung von Berufskrankheiten (§ 206 Abs. 2 Satz 1 SGB VII) und für die **Bundesanstalt für Arbeit** bezüglich der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (§ 282 Abs. 2 Satz 2 SGB III: „ergänzende" Erhebungen ohne Auskunftspflicht der Befragten) zulässig ist.

In Bezug auf den **Datenschutz** zuzulassen ist eine **möglichst weitgehende Verwendung** der Sozialdaten im Sinne von „Verarbeiten" (§ 67 Abs. 6 Satz 1 SGB X) als Oberbegriff für das Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen sowie „Nutzen" (§ 67 Abs. 7 SGB X) als jede andere Verwendung von Sozialdaten. **Vorbild** dafür könnte die Regelung für die Unfallversicherungsträger bei der Bekämpfung von Berufskrankheiten sein **(§ 206 Abs. 2 Satz 1 SGB VII**: „erheben, verarbeiten und nutzen").

Mit der erweiterten Nutzung von Daten für Zwecke der Prävention, insbesondere von Sozialdaten, einhergehen müssen **einschränkende datenschutzrechtliche Voraussetzungen**, wie sie bereits heute in den geltenden Regelungen enthalten sind (z.B. Genehmigung oder Erlaubnis durch die Aufsichtsbehörde - vgl. 75 Abs. 2 SGB X, § 287 Abs. 1 SGB V; Abschottungsregelung - vgl. § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB III, § 206 Abs. 3 SGB VII).

3.3 Zusammenarbeit. Koordination

Forschungsvorhaben sind der Natur der Sache nach nicht angelegt auf Vorsorge, Behandlung, Hilfen oder sonstige Maßnahmen zum u.U. vorbeugenden Schutz der Gesundheit im **Einzelfall**. **Gleichwohl** geht es letztlich wohl stets um die Suche nach Antworten auf die Frage, ob und in welcher Weise auf menschliches **Verhalten** Einfluss genommen werden kann, und zwar entweder zu Gunsten der zu beeinflussenden Person selbst – damit dürfte es in der Regel um Verhaltensprävention gehen – oder zugunsten anderer Personen – damit wird es schwerpunktmäßig um Verhältnisprävention gehen.

Forschung zielt auf die Gewinnung **allgemein gültiger Aussagen** ab und basiert nach heutigem Verständnis auf möglichst **breiter** (empirischer) **Basis**; bereits diese Überlegung deutet

auf den notwendigerweise beträchtlichen personellen und finanziellen **Aufwand** solcher Vorhaben und die Sinnhaftigkeit von **Kooperation** hin.

Weiterhin ist zu bedenken, dass die begrifflich-theoretisch nahezu unbegrenzte **Ausweitung** der Präventions-Aufgabe in dem Bereich z.B. der primären Verhältnisprävention[9] eine Kooperation nahe legt mit den Akteuren, die in „ihren" **Aufgabenfeldern** (z.B. Lärmschutz, sonstiger Immissionsschutz[10], auch Schutz vor schädlichen Lebens- und Arzneimitteln) auch dem Gesundheitsschutz verpflichtet sind.

Nicht zuletzt sollte auch im Forschungsbereich ausdrücklich die Zusammenarbeit mit den staatlichen Gesundheits(schutz)behörden angestrebt werden, zur **Vermeidung** von **Duplizitäten** und zur Gewinnung synergetischer Effekte.

[9] vgl. § 20 sowie auch § 65b SGB V

[10] zum „Umweltrecht" und seinen Teilbereichen gehört die „Umweltmedizin" (vgl. die diesbezüglichen Aufgabenstellungen z.B. in § 1 Abs. 2 ÖGDG-M-V, § 1 Abs. 3 Nr. 1b und Nr. 4 Berl GDG, § 1 Abs. 1 Nr. 5 Sächs GDG)

VII. Berichte. Bilanzen. Veröffentlichungen

1. Regelungen

In allen Büchern des **Sozialgesetzbuches** sind **Berichte und Bilanzen** gesetzlich vorgesehen:

- Die **Bundesanstalt für Arbeit** hat die Arbeitsmarktstatistiken und die Ergebnisse der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen und in geeigneter Form zu veröffentlichen **(§ 283 Abs. 1 Satz 1 SGB III)**. Im Rahmen der Förderung der beruflichen Weiterbildung haben das Arbeitsamt und der Träger der Weiterbildungsmaßnahme gemeinsam nach Ablauf der Maßnahme eine Bilanz zu erstellen, die Aufschluss über die Eingliederung der Teilenehmer und die Wirksamkeit der Maßnahme gibt **(§ 93 Abs. 3 SGB III)**.
- Zur Unterstützung der Konzertierten Aktion im **Gesundheitswesen** ist ein Sachverständigen rat berufen. Der **Sachverständigenrat** hat im Abstand von zwei Jahren ein Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen und dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Der Sachverständigenrat leitet das Gutachten dem Bundesministerium für Gesundheit zu, welches das Gutachten mit seiner Stellungnahme den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorlegt **(§ 142 Abs. 2 SGB V)**.
- Die Bundesregierung hat jährlich einen **Rentenversicherungsbericht** insbesondere mit Feststellungen zur voraussichtlichen finanziellen und wirtschaftlichen Entwicklung zu erstellen und den gesetzgeberischen Körperschaften zuzuleiten (§ 154 Abs. 1 und 2 SGB VI).
- Die Bundesregierung hat dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat alljährlich einen statistischen Bericht über den Stand von **Sicherheit und Gesundheit** bei der **Arbeit** und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen zu erstatten, der die jährlichen Berichte der Unfallversicherungsträger und die Jahresberichte der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammenfasst. Alle vier Jahre hat der Bericht einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, ihre Kosten

und die Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu enthalten **(§ 25 Abs. 1 SGB VII)**.

- Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen **Bericht über die Lage junger Menschen** und die Bestrebungen und Leistungen der **Jugendhilfe** vor. Neben der Bestandsaufnahme und Analyse sollen die Berichte Vorschläge zur Weiterentwicklung der Jugendhilfe enthalten; jeder dritte Bericht soll einen Überblick über die Gesamtsituation der Jugendhilfe vermitteln. Mit der Ausarbeitung der Berichte beauftragt ist eine Kommission (**Jugendberichtskommission)**, der bis zu sieben Sachverständige angehören **(§ 84 SGB VIII)**.
- Die **Rehabilitationsträger** teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation jährlich ihre Erfahrungen mit den gemeinsamen Empfehlungen unter anderem zur Prävention und Früherkennung (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 und 6 SGB IX) mit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation stellt dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern eine Zusammenfassung zur Verfügung **(§ 13 Abs. 8 SGB IX)**.
- Die **Bundesregierung** unterrichtet die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 31. Dezember 2004 - aufgrund der Auskünfte der Träger von Leistungen und Einrichtungen - über die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe, gibt damit eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zu **Prävention**, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit ab und schlägt unter Berücksichtigung und Bewertung der im SGB IX getroffenen Regelungen die zu treffenden Maßnahmen vor **(§ 66 SGB IX)**.
- Das **Bundesministerium für Gesundheit** berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung und der Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung, insbesondere zur Weiterentwicklung und Verbesserung der sozialen und privaten Pflegeversicherung (§ 10 Abs. 4 SGB XI).

2. Präventionsbezug

Ausschließlich und **umfassend präventionsbezogen** ist der **Bericht der Bundesregierung** über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der gesetzlichen Unfallversicherung **(§ 25 SGB VII)**.

Die **Erfahrungsberichte der einzelnen Rehabilitationsträger** und die Zusammenfassung dieser Erfahrungsberichte durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (§ 13 Abs. 8 SGB IX) sowie der Bericht der Bundesregierung an die gesetzgeberischen Körperschaften des Bundes über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe (§ 66 SGB IX) haben durch **Erwähnung** der **Prävention** im Gesetz **(§ 66 SGB IX)** oder durch die Verweisung auf die gesetzlich vorgeschriebenen Empfehlungen **(§ 13 Abs. 8 SGB IX)** jeweils einen unmittelbaren Bezug zu vorbeugenden Maßnahmen und beziehen die **Prävention** - neben anderen Maßnahmen- **ausdrücklich** in die Berichtspflicht ein.

In den Berichten über die **gesetzliche Krankenversicherung** und die soziale und private **Pflegeversicherung**, über die **Arbeitsförderung** und über die **Kinder- und Jugendhilfe** mit dem Ziel, die jeweiligen Regelungen und ihre Anwendung in der Praxis weiterzuentwickeln und zu verbessern, ist die **Prävention** lediglich **indirekt (mittelbar)**- ohne ausdrückliche Nennung - als immanenter Bestandteil mit erfasst. Jede risikobezogene Leistung schließt das Bestreben ein, den Schadenseintritt zu verhindern.

Der **Rentenversicherungsbericht** bezieht sich nur auf die finanzielle Situation und enthält **keinen präventiven Ansatz** bezüglich der Gesundheit der Versicherten.

3. Präventionsbericht

Berichte und Bilanzen sind in der Verwaltung - wie auch die Beispiele aus dem Sozialgesetzbuch zeigen - ein Instrument zur **Kontrolle** der Ergebnisse sowie zur **Verbesserung** und zur **Weiterentwicklung** eines bestimmten Handelns und bestimmter Maßnahmen. Sie erfolgen zumeist anhand statistischer Daten oder sonstiger Erkenntnisse bezogen auf einen festgelegten Zeitraum (periodische Berichte).

Um die **Prävention** zu **stärken**, sollten deshalb die Berichte und Bilanzen der Leistungsträger in Bezug auf die Prävention in allen Bereichen zu einem umfassenden **„Präventionsbericht“** harmonisiert und ausgebaut werden.

Vorbild für Art und Umfang eines solchen Berichts könnte dabei der Bericht über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen **(Unfallverhütungsbericht Arbeit)** sein, wobei der Inhalt des Unfallverhütungsberichts Arbeit - ausgehend von dem gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherungsträger zur Prävention und **über** den Wortlaut des **§ 25 SGB VII hinaus** - alle „Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und zur Ersten Hilfe sowie Maßnahmen zur Früherkennung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ (vgl. **§ 22 Abs. 1 Nr. 1 SGB I**) umfasst.

Als **vorbeugende Maßnahmen** einzubeziehen wären darüber hinaus gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie sie die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, aber auch die gesetzliche Rentenversicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst und die Sozialhilfe erbringen, ferner präventive arbeitsfördernde und jugendfördernde Maßnahmen.

Der Bericht müsste neben der Bestandaufnahme und der Analyse Aussagen zu den Kosten und der Wirtschaftlichkeit sowie **Vorschläge** für die Weiterentwicklung und für die Verbesserung der **Prävention** enthalten.

Eine **periodische Trennung** in einen einfachen Bericht und in einen ausführlichen Bericht wie in der gesetzlichen Unfallversicherung und in der Kinder- und Jugendhilfe wird **nicht empfohlen**.

Der **„Präventionsbericht“** wäre gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes (Deutscher Bundestag, Bundesrat) zu erstatten.

Als **Zeitraum** ist an einen Bericht im Abstand von zwei Jahren zu denken (vgl. Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, § 142 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

VIII. Gütezeichen

1. Sicherheitszeichen im Arbeitsschutz

Sicherheits- und Gesundheitsschutzzeichen dienen im Arbeitsschutz traditionell als **Mittel der Prävention** dazu, auf Gefahren, Verbote und Gebote deutlich erkennbar hinzuweisen. Unterschieden werden Warnzeichen, Verbotszeichen, Gebotszeichen, Rettungszeichen und Hinweiszeichen.

In neuerer Zeit hat das **Audit** eine ähnliche Funktion und eine weite Verbreitung bekommen, vor allem im Umweltrecht[1]; im Sozialverwaltungsrecht erscheint dieses Instrument in § 78c SGB X[2].

Die **Unfallverhütungsvorschrift** „Sicherheits- und Gesundheitskennzeichnung am Arbeitsplatz“ (BGV Nr. A 8) stellt dazu allgemeine **Grundsätze** auf und legt die Zeichen in Form, Farbe und Größe fest. Wird ein bestimmtes **Verhalten vorgeschrieben**, handelt es sich um ein **„Gebotszeichen“**. Gebotszeichen sind nach ihrer geometrischen Form kreisrund; die Sicherheitsfarbe für Gebote ist blaue Grundfläche mit weißem Bildzeichen (BGV Nr. A 8, Anlage 1). Die gleiche Form- und Farbgebung besteht im Straßenverkehrsrecht bei Verkehrsschildern (z.B. Fahrradweg).

Das **Zeichen „GS“ (Geprüfte Sicherheit)** kennzeichnet sicherheitsgerechte technische Arbeitsmittel. Die Vergabe des GS-Zeichens ist durch das **Gerätesicherheitsgesetz (GSG)** geregelt. Die Arbeitsmittel dürfen mit dem GS-Zeichen versehen werden, wenn ein Prüfverfahren von einer zugelassenen Stelle **(Zertifizierungsstelle; § 9 Abs. 2 GSG)** erfolgreich abgeschlossen worden ist und eine **Produktionsüberwachung** beim Hersteller durchgeführt wird (§ 3 Abs. 4 GSG). Die **Anerkennung** von **Zertifizierungsstellen** regelt § 9 Abs. 2 GSG.

Die missbräuchliche Verwendung des GS-Zeichens ist eine **Ordnungswidrigkeit** und mit Bußgeld bedroht (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 GSG).

---

[1] vgl. Verordnung (EWG) Nr. 761/2001 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 19.März 2001 über die freiwillige Beteiligung von Organisationen an einem Gemeinschaftssystem für das Umweltmanagement und die Umweltbetriebsprüfung (EMAS), ABl. EG Nr. L 114 S. 1 („EG-Umweltaudit-VO“)

[2] vgl. oben B. II. 12.1.7

Zur Gewährleistung der **Qualität der betriebsärztlichen Betreuung** in den Unternehmen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von Leistungsanbietern eine **Gesellschaft zur Qualitätssicherung** in der betriebsärztlichen Betreuung mbH **(GQB)** gegründet. Die GQB **prüft** nach dem Prinzip der Freiwilligkeit durch fachlich besonders ausgewiesene und weisungsfreie Auditoren betriebliche und überbetriebliche **arbeitsmedizinische Dienste**. Nach erfolgreichem Abschluss der Güteprüfung erhält der Dienstleister das **Gütesiegel** des GQB.

Zur übergeordneten **Sicherstellung der Qualität**, Gewährleistung der Anbieterneutralität und zur Unterstützung einer breiten Akzeptanz besteht ein **Beirat**, dem Vertreter von Ärztekammern, des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände (BDA) und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) sowie der betroffenen Berufsverbände angehören.[3]

2. Präventionssiegel

Nach dem **Vorbild** der **Sicherheitszeichen im Arbeitsschutz** ist ein **„Präventionssiegel“** zu empfehlen , welches dem Nutzer von präventionsbezogenen Leistungen, Angeboten und Einrichtungen sichtbar eine **Gewähr** dafür bietet, dass die Leistung, das Angebot oder die Einrichtung den Anforderungen an eine **wirksame Prävention** entspricht.

Hierfür ist eine **Zertifizierungsstelle** einzurichten, welche das Präventionssiegel zuerkennt und eine Bescheinigung darüber ausstellt. Die Aufgaben der Zertifizierungsstelle könnte die diskutierte und geplante **Stiftung für Prävention** übernehmen.

Für ein **Prüfsiegel** in Betracht kommen **präventive Maßnahmen** unterschiedlichster Leistungserbringer und unterschiedlichster Art. Die **denkbar weite Spannbreite** reicht von Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen der Arbeitsförderung über Maßnahmen von Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Angeboten von Selbsthilfegruppen und Sicher-

[3]) Vgl. http://www.bundesaerztekammer.de/30/Arbeitsmedizin Glomm/Groß/Panter, Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung, ASU 2000, 378 und ASU 2001, 140.

heitskursen der Unfallversicherungsträgern bis zu Lehrplänen im Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung.

Durch eine **Güteprüfung** ist zum einen die Übereinstimmung der personellen, sächlichen und organisatorischen **Voraussetzungen** mit den Vorschriften in den verschiedenen Rechtsnormen festzustellen und zum anderen die Übereinstimmung der **Aufgabenerfüllung** mit diesen **Regelungen**. Die Inhalte der Güteprüfungen und die Kriterien der Beurteilung sind in Prüfgrundsätzen festzulegen.

Die Güteprüfung **dient** dem **Leistungserbringer**, dem Leistungsanbieter oder der Einrichtung zugleich als Mittel dazu, Möglichkeiten der **Verbesserung** und **Weiterentwicklung** seiner **präventiven Maßnahmen** zu erkennen.

Zur **signifikanten optischen Erkennung** ist in Anlehnung an die Gebotszeichen im Bereich der Arbeitssicherhit und der Verkehrssicherheit für das Präventionssiegels die **Farbe blau** zu wählen.

Die missbräuchliche Verwendung des Präventionssiegels sollte als **Ordnungswidrigkeit** bußgeldbewehrt sein.

Von der **Zertifizierungsstelle** ist regelmäßig eine **Liste der Institutionen** mit den präventiven Maßnahmen zu veröffentlichen, die das **Präventionssiegel** erhalten haben.

IX. Gesundheitsbeauftragte

1. Beauftragte im Unternehmen

Betriebsbeauftragte sind Personen, die **vom Unternehmer (Arbeitgeber)** für einen bestimmten Aufgabenbereich **bestellt** werden. Ihre Aufgabe ist es, die Anforderungen der Gesetze in ihrem Bereich in die Praxis umzusetzen. Sie sind Spezialisten, zum Beispiel für Umweltschutz[1], Abfall[2] oder Gewässerschutz[3].

Eine **besondere Ausprägung** hat im Rahmen der Regelungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention der betriebliche Beauftragte für Arbeitssicherheit erfahren **(„Sicherheitsbeauftragte", § 22 SGB VII)**. Die Vorschrift verpflichtet den Unternehmer zur Bestellung von Sicherheitsbeauftragten als freiwillige **(ehrenamtliche) Helfer** des Unternehmers für eine **wirksame Prävention**. Sicherheitsbeauftragte sind regelmäßig selbst im Betrieb tätig. Ihre Aufgabe ist die Unterstützung und Beratung des Unternehmers bei der Durchführung der Maßnahmen zur **Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** (§ 22 Abs. 2 SGB VII), zum Beispiel durch Hinweise auf **Gefahrenquellen** an den Unternehmer und an die mit dem betrieblichen Arbeitsschutz befassten Personen (Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit) und durch Hinwirken auf sicherheitsgerechtes Verhalten bei den Arbeitskollegen.

Die **Unfallversicherungsträger** haben für die erforderliche **Aus- und Fortbildung** der **Sicherheitsbeauftragten** in den Unternehmen zu sorgen und die unmittelbaren Kosten der Aus- und Fortbildung sowie die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Unterbringungskosten zu tragen (§ 23 Abs. 1 und 2 SGB VII).

---

[1] vgl. z.B. §§ 53 – 58 BImSchG (Betriebsbeauftragter für den Immissionsschutz), §§ 58a – d BImSchG (Störfallbeauftragter bei genehmigungsbedürftige Anlagen)
[2] vgl. §§ 54, 55 KrW-/AbfG (Betriebsbeauftragter für Abfall)
[3] vgl. §§ 21a – f WHG (Betriebsbeauftragter für Gewässerschutz)

2. Betriebliche Gesundheitsbeauftragte

Die **Krankenkassen** sind ermächtigt, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen **(§ 20 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V)**. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen dazu gemeinsam und einheitlich prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik (§ 20 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 in Verbindung mit Abs. 1 Satz 3 SGB V). **Gesundheitsförderung** muss sich dabei nicht auf eine Besserung der betrieblichen Verhältnisse beziehen. Betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet nur, dass die Maßnahmen zur Hebung der Gesundheit im Rahmen des Betriebes und für die Belegschaft getroffen werden (Setting-Ansatz).

Der **Sicherheitsbeauftragte** in der **gesetzlichen Unfallversicherung** als Mittler für die Prävention könnte in der gesetzlichen Krankenversicherung das **Vorbild** für einen „Gesundheitsbeauftragten“ als Mittler für die **betriebliche Gesundheitsförderung** sein. Wie der Sicherheitsbeauftragte sollte der betriebliche Gesundheitsbeauftragte seine Tätigkeit freiwillig ausüben und von den Krankenkassen zusammen mit dem Unternehmer (Arbeitgeber) aus dem Kreis der im Unternehmen Beschäftigten gewonnen werden.

Der **Unternehmer (Arbeitgeber)** hat ein eigenes finanzielles **Interesse** an der Gesundheit seiner Beschäftigten, indem ein niedriger Krankenstand Kosten bei der Entgeltfortfortzahlung im Krankheitsfalle erspart. Darüber hinaus trägt die betriebliche Gesundheitsförderung zum Wohlbefinden und damit zur Leistungsfähigkeit der Beschäftigten (Arbeitnehmer) bei.[4]

Die gesetzliche **Befugnis der Krankenkassen** zur Mitwirkung bei der Einrichtung und Bestellung von betrieblichen Gesundheitsbeauftragten kann dem unbestimmten Rechtsbegriff „betriebliche Gesundheitsförderung“ und dem Auftrag an die Krankenkassen, „Zugangswege“ für die betriebliche Gesundheitsförderung zu erschließen und die „Methodik“ festzulegen, entnommen werden.

Auch die **Schulung** und die Übernahme von Schulungskosten für betriebliche Gesundheitsbeauftragte durch die Krankenkassen dürfte durch diese Regelungen gedeckt sein.

Aufgabe des betrieblichen Gesundheitsbeauftragten wäre es vor allem, in seinem Unternehmen die Krankenkassen und den Unternehmer (Arbeitgeber) bei der Umsetzung von Maß-

---

[4]) Vgl. Pickshaus, Vom Reden zum Handeln - Prävention in der Arbeitswelt, SozSich 2002, 45.

nahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen und seine Arbeitskollegen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten anzuhalten. Er sollte ferner die Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (§ 1 Arbeitssicherheitsgesetz - ASiG) bei der Wahrnehmung von deren gesundheitsbezogenen Aufgaben unterstützen und ergänzen. Sind betriebliche **Gesundheitszirkel** gebildet, hat der Gesundheitsbeauftragte in diesen Zirkeln mitzuwirken.

Für die Ausgestaltung der **Rechtsstellung** von Gesundheitsbeauftragten lassen sich u.a. die Reglungen im **Umweltrecht** vergleichend heranziehen[5].

[5] s. die Beispiele oben in Fußn. 1 - 3

X. Zuständigkeiten. Abgrenzungsfragen

1. Beibehalt der Zuständigkeits-Strukturen

Prävention kann – erstens – **spezifische Maßnahmen** der Gefahrenabwehr oder –vorsorge umfassen **sowie** – zweitens – als **Annex** im Zusammenhang mit Maßnahmen stehen, die unmittelbar eine andere Zielrichtung verfolgen.

Allgemeine rechtstheoretische Überlegungen sowie die Betrachtung der (gewachsenen) Rechtslage einschließlich der Vielzahl von Regelungen und Verwaltungsbehörden lassen die Vorstellung als praxisfern erscheinen, wonach die „direkt" oder im Zusammenhang erbrachten **Leistungen** allein einem Regelungsbereich sowie einem einzigen Träger zugeordnet werden könnten.

Somit dürfte es allein sinnvoll sein, die **bisherigen Aufgaben** und **Befugnisse** der Sozialleistungsträger mit präventivem Gehalt beizubehalten, erforderlichenfalls zu **ergänzen** (im Sinn einer inhaltlichen und terminologischen „Abrundung" der vorhandenen Bestimmungen).

2. Gesundheitsplanung

Aus dieser Festlegung ergibt sich zwangsläufig, dass sich die zahlreichen **Überschneidungen** in einem denkbar vielfältigen „System" von Regelungen und Maßnahmen präventiven Gehalts **nicht** durch eine gleichsam „bereinigende" **Neuordnung** der präventiven **Zuständigkeiten** lösen lassen, sondern durch Formen und Instrumente der Zusammenarbeit. Thematisch-begrifflich könnte man die **Summe** der dabei anzustellenden Aktivitäten als Gesundheitsplanung auffassen, z.B. entsprechend dem Verständnis des Berliner Gesundheitsdienstgesetzes[1]; danach gehören zur Gesundheitsplanung „insbesondere folgende Aufgaben:

1. Aufspüren von **Schwachstellen** und **Problemfeldern** im Netz der gesundheitlichen Versorgung, des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung.

2. Definition von **Schnittstellen**, des Koordinations- und **Vernetzungsbedarfs** zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen, und zwar in der **ganzen Breite** von

[1] § 30 Abs. 6 Berl GDG

ambulanten, teilstationären und stationären, pflegerischen und sozialen, von professionellen und nichtprofessionellen Angeboten“[2].

[2] vgl. auch § 16 Bbg GDG, § 12 Brem ÖDDG, § 12 GDG LSA, § 5 Hmb GDG

XI. Zusammenarbeit

1. Problemfelder

Werden auch zukünftig eine **Vielzahl** von **Sozialleistungsträger** präventive Maßnahmen tätigen oder veranlassen, so stellt sich die Frage nach einer u.U. notwendigen Zusammenarbeit. Dabei sind zunächst zwei Problemfelder ins Auge zu fassen und zu regeln: Erstens – Sachverhalte, in denen einer Person ein Anspruch[1] auf der Grundlage **mehrerer Anspruchsgrundlagen** eingeräumt wird; zweitens – Sachverhalte, in denen präventive Maßnahmen des einen Trägers im Zusammenhang mit Maßnahmen eines anderen Trägers ergriffen werden sollten im Hinblick auf eine optimale Versorgung, bei der z.B. präventive und kurative **Zielsetzungen** miteinander **verbunden** werden.

Weiterhin ist zu bedenken, dass **Prävention** nicht immer individualbezogen ist, sondern auf **allgemeine Wirkung** abzielt; die Maßnahmen zur Verhältnisprävention dürfen in der Regel in diese Richtung gehen mit dem Ziel, durch materiell-rechtliche Anforderungen und entsprechende Gebote, Verbote oder Genehmigungsvorbehalte[2] - die sich unmittelbar an bestimmte Personen richten und konkrete Vorhaben betreffen – mittelbar eine **Vielzahl** von **(Ziel-)Personen** in ihrer Gesundheit präventiv zu schützen. Für die Zusammenarbeit im Bereich der gesundheitlichen **Vorsorge** zugunsten der **Allgemeinheit** ergeben sich möglicherweise spezifische Anforderungen. Unter instrumenteller Betrachtungsweise könnte man insoweit von **Gesundheitsplanung** sprechen; dieser Begriff ist gebräuchlich für eine derartige kooperierende und koordinierende Tätigkeit[3].

Gegen diese Terminologie spricht auch nicht, dass der Gesetzgeber auch in der **individuellen Hilfe** den **Plan** als Regelungsinstrument einsetzt, z.B. als Gesamtplan zur Koordinierung der Maßnahmen zur Eingliederung behinderter Menschen, bei dessen Aufstellung und Durchführung im Übrigen kommunale und landes- sowie bundesstaatliche Behörden zusammenwirken[4].

---

[1] der u.U. komplex ausgestaltet sein kann
[2] z.B. im Umweltrecht, Gewerberecht, (Bau-)Polizeirecht
[3] vgl. dazu oben B. III. 2.7, 2.9 – 2.10 sowie C. X. 2
[4] vgl. § 46 BSHG sowie oben B. II. 10.14

2. Materiell-rechtliche Regelungen

Eine **Kumulation** von Anspruchsgrundlagen auch im Bereich der Prävention ist an sich **unschädlich**; es muss allerdings die Rangfolge materiell-rechtlich sichergestellt sein, z.B. auch durch Ruhens-Regelungen.

Damit ist zugleich auch gesagt, dass zwar auch an die **Abgrenzung** von Leistungen (und zugleich auch an die zuständigen bzw. unzuständigen Leistungsträger) gedacht werden muss, dass allerdings eine diesbezüglich gesetzgeberische Strategie von vornherein auf Grenzen stoßen könnte, die nicht allein in Beharrungsvermögen traditioneller Sozialleistungsbereiche und ihrer Träger liegt, sondern eine sachliche Berechtigung aufweisen könnten; das **Eine-Hand-Prinzip** hat unbestreitbare Vorteile, steht aber Abgrenzungsstrategien entgegen, fordert in umfassender Weise Zusammenarbeit – und stellt zuweilen auch die gewachsene Struktur der sozialen Sicherung in Frage.

3. Organisationsrecht

Entsprechend der materiellen Rechtslage ist die **Zuständigkeit** der Leistungsträger einschließlich der **Rangfolge** zu bestimmen.

Weiterhin ist im **Verfahrensrecht** sicherzustellen, dass Zuständigkeitsstreitigkeiten nicht „auf dem Kopf des Bürgers“ ausgetragen werden, insbesondere nicht zur Verzögerung von Leistungen führen, was dem präventiven Anliegen des **SGB-Leistungsrechts** offenbar schaden würde. In diesem Zusammenhang ist auf **einschlägige Vorschriften** hinzuweisen, die diese Problematik lösen sollen und auch für den Präventionsbereich bereits gelten oder erweitert werden sollten[5].

Die Verpflichtung der Leistungsträger zur **„engen“ Zusammenarbeit** in § 86 SGB X ist konkretisierungsbedürftig. Private „Vereinigungen“ als **Beliehene**[6] **fehlen** ganz.

Weiterhin fehlen detaillierte – präventionsbezogene – **Kooperationsebenen** (Kooperationsregelungen) zwischen SGB V und SGB VII sowie SGB VII und SGB V; Gleiches gilt grundsätzlich für die Beziehung zwischen SGB III[7] und SGB VI/SGB VII, in gleichsam anderer

[5] vgl. z.B. §§ 17, 43 SGB I, § 14 SGB IX
[6] vgl. z.B. § 94 Abs. 1 SGB X
[7] vgl. aber § 23 SGB III

Richtung zwischen SGB VI und SGB III/SGB VII sowie zwischen SGB VII und SGB III/SGB VI.

Geregelt ist in SGB IX[8] die Zusammenarbeit der Reha-Träger bei **behinderten Menschen**[9]; gleiches gilt für den BSHG[10].

Weiterhin gibt es Beispiele für eine intensive Kooperationspflicht:

- Kooperationsvereinbarung - § 371a SGB III (Arbeitsamt/(Sozialhilfe – inhaltlich und institutionelle, s. „Anlaufstellen“)
- SGB VII / Arbeitsschutzbehörden - § 20 Abs. 1 und 3 Nr. 2 SGB VII

Eine Schnittstelle zwischen der gesetzlichen **Rentenversicherung** und der **Arbeitsförderung** ist im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am **Arbeitsleben** in **§ 10 Abs. 2a SGB VI** geregelt; damit tritt der RV-Träger an die Stelle der an sich gemäß §§ 97 ff. SGB III zuständigen Bundesanstalt für Arbeit.

Auch **§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI** (Ausschluss von Leistungen seitens der RV bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) ist eine Schnittstellen-Regelung auf gleichsam materiell-rechtlicher Basis.

Gleiches lässt sich im Hinblick auf **§ 11 Abs. 4 SGB V** (Leistungsausschluss seitens der KV bei Vorliegen von Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) feststellen.

Eine – geregelte – Schnittstelle findet sich weiterhin in **§ 32 SGB XI**; danach erbringt die **Pflegekasse** vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zwar in gesetzlich klar definierten **Gefahrenlagen**, u.a. zur **Vermeidung** von Pflegebedürftigkeit oder zur **Verhütung** einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Die Schnittstellenproblematik zwischen KV und UV ist nachfolgend dargestellt.

---

[8] §§ 10 ff. SGB IX
[9] vgl. § 13 SGB IX – detaillierte Empfehlungen
[10] vgl. oben C. XI. 1, zu § 46 BSHG

4. Schnittstellen-Problematik

(Beispiel)

Krankenversicherung / Unfallverhütung (Arbeitsschutz)

§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB V: „Die Krankenkassen können *den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen* der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; ...“.

§ 14 Abs. 2 SGB VII: „Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.“

Regelfall ⇒	UV-Maßnahme	KV-Maßnahme
	UV-Maßnahme mit Lücke	KV-Maßnahme keine Ergänzung UV
	UV-Maßnahme Fehlt	KV-Maßnahme keine Ergänzung UV (§ 20 Abs. 2 SGB V)
	UV-Maßnahme Nicht vorgesehen	KV -Maßnahme (§ 20 Abs. 1 SGB V) z.B. Ernährung

Beispiel: Stress am Arbeitsplatz

UV - Pausenregelung (betriebsorganisatorische Maßnahme)

KV - Ausgleichsübungen (gesundheitsfördernde Maßnahme) - ohne UV-Maßnahmen möglich.

„Ergänzung“ setzt nach dem Sprachgebrauch etwas Bestehendes voraus.

„Ergänzung“ bedeutet in § 20 Abs. 2 SGB V jedoch nicht das Anknüpfen an etwas Bestehendes, sondern besagt, dass die betriebliche KV-Gesundheitsförderung originär dort einsetzt, wo der Arbeitsschutz endet oder es an den rechtlichen Voraussetzungen für Maßnahmen des Arbeitsschutzes fehlt.

Zuständigkeiten von UV und KV werden nicht verschoben.

5. Anregungen

Die **Zusammenarbeit** der Leistungsträger lässt sich unter nahezu allen denkbaren Gesichtspunkten und im Hinblick auf sämtliche in Betracht kommenden Regelungsinstrumente **verbessern**. Allerdings stellt sich irgendwann und einmal die Frage nach der **Sinnhaftigkeit** der derzeitigen, gegliederten Sozialverwaltungsstruktur.

Eine im Hinblick auf **Prävention** optimale **Zusammenarbeit** bedarf wahrscheinlich eines ständigen Anschubs, der wohl nur durch diesbezügliche **Institutionen** gewährleistet werden kann. Dabei dürfen **Arbeitsgemeinschaften** eine wesentliche Rolle spielen.

Bislang sind Arbeitsgemeinschaften nach § 94 SGB X zur **Koordinierung von Leistungsträgern** (Verfahren) oder zur **Erbringung von Leistungen für andere** Träger im Auftrag (§ 94 Abs. 4 i.V.m. § 88 SGB X; inhaltliche Ausgestaltung) selten.

Beispiele:

- Krankheitsbezogene Arbeitsgemeinschaften - § 94 Abs. 1 SGB X
- Arbeitsgemeinschaft der Reha-Träger - § 12 Abs. 2 SGB IX
  (regionale Arbeitsgemeinschaften; auch Erbringung von Leistungen, Satz 2)
- Jugendhilfe Träger - § 78 SGB VIII
- Gemeinsame Servicestellen - § 22 SGB IX
- Gemeinsame Stellen UV betr. Arbeitsschutzbehörden - § 20 Abs. 2 SGB VII

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation** (BAR mit gesetzlichen Aufgaben, § 20 Abs. 3 SGB IX) hat keine gesetzliche Grundlage.

Arbeitsgemeinschaften ermöglichen einen Umfang von Zusammenarbeit, die eine u.U. erhebliche Modifizierung der grundsätzlich vorgeschriebenen Organisation-, Aufgaben- und Befugnisstruktur vornehmen. Da einerseits nicht zu erwarten ist, dass trotz des **verstärkten Bewusstseins** im Hinblick auf die Bedeutung von **Prävention** das derzeitige System des Sozialverwaltungsrechts in wesentlichen Teilen umgebaut werden wird, andererseits „zuständigkeitsbewusste“ und auch **separatistisch** arbeitende **Verwaltungsträger** dem Präventionsanliegen erheblich **schaden** können, sind Arbeitsgemeinschaften unumgängliche und nützliche Einrichtungen. Dabei wird man sowohl **regional** als auch **überregional** orientierte Arbeitsgemeinschaften ins Auge zu fassen haben; eine zentrale **Bundesstelle** mit der Möglichkeit

verbindlicher Koordination und Steuerung (und entsprechenden Befugnissen) dürfte nützlich sein.

Zur [Institution] „Arbeitsgemeinschaft“ ist auch Folgendes zu bemerken. Mit dieser [Institution] ist **nicht** gleichsam „automatisch“ **eine einzige** (verwaltungsorganisations-)rechtlich fixierte **Zuständigkeits- und Befugnisordnung** verbunden. Der Gesetzgeber kann diese Frage vielmehr nach seinen Zweckmäßigkeitsüberlegungen regeln. So kennt das Recht der kommunalen Zusammenarbeit[11] sog. **Einfache Arbeitsgemeinschaften** mit zwar weitgreifenden Befassungskompetenzen[12], ohne dass damit jedoch die Rechte und Pflichten der Beteiligten als Träger von Aufgaben und Befugnissen gegenüber Dritten berührt werden[13] und **Besondere Arbeitsgemeinschaften**, deren Beschlüsse die Beteiligten unter bestimmten Voraussetzungen binden[14]. In allen Fällen wird mit einer Arbeitsgemeinschaft eine über das übliche Maß hinausgehende Zusammenarbeit vereinbart[15].

Auf die Problematik der **Schnittstelle** Öffentlicher **Gesundheitsdienst** der Länder (und nach Landesrecht) und **Sozialrecht** (nach Bundesrecht, vollzogen durch Bundes- oder Landesverwaltung) wird an anderer Stelle hingewiesen[16].

[11] vgl. z.B. das Bay Gesetz zur Kommunalen Zusammenarbeit (KommZG), BayRS 2020-6-1-I
[12] vgl. z.B. Art. 4 Abs. 2 BayKommZG
[13] so Art. 4 Abs. 3 BayKommZG
[14] vgl. im Einzelnen Art. 5 BayKommZG
[15] vgl. im Einzelnen KassKomm – Seewald § 94 SGB X RdNr. 11 ff.
[16] vgl. B. III. 10.14 sowie C. XII. 2.3

XII. Lokalisierung von Präventionsregelungen. Gesetzessystematik

1. Umfassende Regelungen zur Prävention

Die Betrachtung des Verwaltungsrechts in seiner Gesamtheit zeigt, dass **Prävention** ein staatliches Anliegen ist, das keinesfalls nur im Sozialrecht Bedeutung hat[1]. In der **Verfassung** hat Prävention – zumindest der Sache nach – ihren Niederschlag gefunden in Art. 3 Abs. 3, insbesondere auch S. 2 GG, in Art. 20a GG[2], und in zahlreichen **Grundrechts-Schranken-regelungen** in denen der Staat zu präventivem Vorgehen nicht nur ermächtigt, sondern wohl auch verpflichtet wird[3]. Außerdem stecken letztlich auch in den Zuständigkeitsregelungen des GG für die Gesetzgebung und die Verwaltung[4] präventionsbezogene Gehalte.

Somit könnte man über eine **Präventionsgrundsätze-Gesetz**, evtl. auch über eine ergänzende Klarstellung im GG, nachdenken; ein solches Gesetz müsste hier den Bereich des **Sozialverwaltungsrechts** wohl in **zwei Stufen** konkretisiert werden[5]; in entsprechender Weise könnte man z.B. auch im Umweltrecht vorgehen[6].

Ein solcher rechtssystematischer **Ansatz** würde z.B. auch das staatliche **Gesundheitswesen** und das **Schulwesen** mit seine präventionsbezogenen Regelungen im Hinblick auf **präventive Zielsetzungen** miteinander **verklammern**.

Allerdings ist auch zu bedenken, dass der dann notwendige hohe **Abstraktionsgrad** derartiger Regelungen eher als **verfassungsrechtliche Leitlinie**[7] festzulegen wären.

---

[1] vgl. z.B. die Situation praktisch im gesamten Umweltrecht sowie im Polizei- und Gewerberecht, auch im Lebensmittelrecht

[2] der „Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen“ wird praktisch ausgefüllt durch das gesamte Umweltrecht

[3] Bsp.: Art. 6 Abs. 3 GG – Trennung der Kinder von der Familie bei Gefahr der Verwahrlosung; Art. 5 Abs. 2, Art. 11 Abs. 2, Art. 13 Abs. 2, 3, 4, 5, 7 GG

[4] vgl. Art. 70 ff., 83 ff. GG

[5] 1. Stufe: SGB I oder „Allgemeines SGB-Präventionsgesetz“; 2. Stufe: Regelungen in den Besonderen Teilen des SGB

[6] Konkretisierung im – geplanten – Umweltgesetzbuch Allgemeiner Teil sowie in den speziellen, besonderen Bereichen des Umweltrechts

[7] z.B. als Programmsatz ähnlich wie Art. 20a GG

2. Regelung von Prävention im Sozialgesetzbuch

Sinnvoll erscheinen jedoch auch ein auf den Bereich des **Sozialrechts** beschränkte, diesen Bereich jedoch umfassen präventiv-verklammernde und harmonisierende **Vorschriften** zur **Prävention**.

2.1 Derzeitige Rechtslage

Im **SGB I** fehlt Prävention als (prioritäres) eigenständiges und übergreifendes Ziel der sozialen Sicherung.

In den **Besonderen Teilen** des SGB[8] ist Prävention in unterschiedlicher Intensität geregelt:
Im **SGB VII** ist dieses Ziel dem Unfallversicherungsrecht als **vorrangiger Grundsatz** vorangestellt[9]; weiterhin ist der Konkretisierung dieses Grundsatzes u.a. ein eigenes **Kapitel** vorbehalten[10].

Im **SGB V** ist in der Eingangsvorschrift primär ein Präventionsziel erwähnt[11].Weiterhin sind der Prävention **zwei Abschnitte** im Dritten Kapitel („Leistungen der Krankenversicherung") gewidmet[12].

Im **SGB IX** sowie im SGB XI werden das Anliegen von Prävention ausdrücklich und deutlich hervorgehoben; in § 3 SGB IX und in § 5 SGB XI werden der **Vorrang** von Prävention normiert; in § 84 SGB IX wird der Sache nach Entsprechendes für Schwerbehinderte sowie für von Behinderung bedrohte Menschen[13] festgelegt im Hinblick auf die Gefahr, den Arbeitsplatz zu verlieren.

Im Übrigen existiert eine **Fülle von Regelungen** mit präventivem Gehalt, wie oben in quasi – empirischer Weise – gezeigt worden ist[14]. Der Sache nach ist Prävention integraler Bestandteil sämtlicher Bereiche des Sozialrechts; dies lässt sich sicherlich noch deutlicher im Gesetzesrecht darstellen.

---

[8] vgl. dann im Einzelnen die Bemerkungen unter B. II
[9] § 1 Nr. 1 SGB VII
[10] vgl. §§ 14 – 25 SGB VII
[11] § 1 S. 1 SGB V „..... Gesundheit.... erhalten .....", d.h. vor Beeinträchtigungen schützen
[12] 3. Abschnitt (§§ 20 – 24b SGB V): Leistungen zur Verhütung von Krankheiten; 4. Abschnitt (§§ 25, 26 SGB V): Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
[13] § 84 Abs. 2 S. 3 SGB XI
[14] vgl. Abschnitt B. II. dieser Studie

2.2 Anregungen

Angesichts der Bedeutung von **Prävention** und der zahlreichen und vielfältigen Regelungen im vorhandenen Sozialrecht[15] sind **gemeinsame** diesbezügliche **Vorschriften** durchaus vorstellbar und angebracht. Dabei sind verschiedene **Alternativen** vorstellbar.

2.2.1 Alternative I

Zum einen ließe sich an eine **Ergänzung** des **SGB I** denken; Beispiele:

- In dem 1**. Abschnitt** könnte ein **„Recht auf Prävention“** eingefügt werden, z.B. als § 20a SGB I.
- Im 2**. Abschnitt, 1. Titel** könnten z.B. die Regelungen der §§ 13- 16 SGB I (Aufklärung, Beratung, Auskunft) im Hinblick auf das präventive Anliegen des SGB verstärkt werden; auch in § 17 SGB I (Ausführung der Sozialleistungen) ließen sich präventive Zielsetzungen deutlicher machen.
- Im **2. Abschnitt, 2. Titel** könnte (folgerichtig) in einem § 29a SGB I die Prävention erscheinen[16]; der Vorrang von Prävention wäre (auch) an dieser Stelle zu normieren.
- Im **3. Abschnitt, 1. und 2. Titel** – (Allgemeine) Grundsätze des Leistungsrechts – könnte das präventive Anliegen des SGB mehr oder weniger umfangreich konkretisiert werden.
- Im **3. Abschnitt, 3. Titel** (Mitwirkung des Leistungsberechtigten) wäre die Prävention ebenfalls zu berücksichtigen.

In dieser Alternative wäre weiterhin – **im SGB IV** – die Frage der staatlichen **Aufsicht** zu regeln.

Weiterhin wären Änderungen des **SGB X**, und zwar sowohl im Bereich **Verwaltungsverfahren**, und **Datenschutz** als auch im Hinblick auf die **Organisation** in der **Sozialverwaltung**, vor allem im Hinblick auf die **Zusammenarbeit** in Fragen der Prävention zu regeln.

Außerdem wären die **Besonderen Teile** des SGB im Hinblick auf Ergänzung und Harmonisierung zu novellieren.

---

[15] nach dem SGB, vgl. auch § 68 SGB I
[16] in ähnlicher Weise, wie es in § 29 SGB I für Rehabilitation und Teilhabe geschehen ist

2.2.2 Alternative II

Denkbar ist auch ein **selbständiges Gesetz**, etwa nach dem Vorbild des SGB IX gearbeitet. Auch in dieser Alternative wären Ergänzungen und „Abrundungen" in den Besonderen Teilen des SGB angezeigt; ebenfalls wären „Hinweise" auf das Anliegen von Prävention im SGB I und SGB IX vorzunehmen.

Bedenken gegen diese Alternative, die in einem SGB II oder SGB XV[17] verwirklicht werden könnte, bestehen **nicht** im Hinblick auf die derzeitige oder die zukünftige **Bedeutung von Prävention**; diese Gesichtspunkte würden ein besonderes Buch innerhalb des SGB rechtfertigen. **Allerdings** ist die **Anzahl** der notwendigen Regelungen möglicherweise **nicht** so umfangreich, dass ein **spezielles Buch** erforderlich erscheint; allerdings erscheint auch ein eigener **Titel** oder **Abschnitt** im SGB I als **nicht** ausreichend.

Angemessen und rechtssystematisch vorteilhaft dürfte die Schaffung eines **Teil 2** im **SGB I** sein; die bisherigen Regelungen des SGB I würden damit zum (neuen) Teil 1 werden[18]. Die damit bewirkte **Harmonisierung** der Regelungen zur Prävention auf abstrakter Ebene würde wohl unter weiterstgehendem **Beibehalt** der diesbezüglichen Bestimmungen in den speziellen Gesetzen der **Besonderen Teile** des SGB[19] stattfinden.

Inhaltlich wäre an folgende Regelungsbestandteile eines solchen SGB I, 2. Teil zu denken:

- Begriff „Prävention"
- Ziele der Prävention
- Eigenverantwortung der Betroffenen. Mitwirkung
- Individualisierung. Geschlechts- und altersspezifische Ausrichtung
- Mittel der Prävention (Maßnahmen)
- Leistungserbringer
- Selbsthilfe-Gruppen
- Präventions-Beauftragte
- Arbeitsgemeinschaften
- Gemeinsame Servicestellen

---

[17] als herausgehobener „Schlusspunkt" des SGB
[18] in gewisser Weise ist die entsprechende Grobgliederung des SGB IX Vorbild für diese Anregung
[19] einschließlich der materiell unterschiedlichen Handlungsmaßstäbe, vgl. dazu unten, C. XII. 2.4

- Zusammenarbeit
- Gesundheitsplanung
- Qualitätssicherung
- Standards (Leitlinien)
- Qualitätssiegel
- Finanzielle Aufwendungen
- Forschung
- Berichte. Bilanzen. Controlling
- Sanktionen
- Vorläufige Leistungen
- Vorbehalt abweichender Regelungen

2.3 Sozialrechtliche Regelungen außerhalb des SGB

Die **Schulgesundheitsförderung** ist in den Ländern teils in den Schulgesetzen, teils in den Gesetzen über den **öffentlichen Gesundheitsdienst** geregelt. Art und Intensität der Regelungen sind unterschiedlich. Wünschenswert wäre eine die landesrechtlichen Bestimmungen harmonisierende Empfehlung der KMK (für den Schulbereich) sowie der für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Gremien im Rahmen des „kooperativen Föderalismus".

Ein Problem stellt die inhaltliche **Überschneidung** von Präventionsregelungen und –handlungsformen angesichts des **Nebeneinanders** von sozialrechtlichen Regelungen einerseits – wobei insbesondere an den umgreifenden Ansatz des § 20 Abs. 1 SGB V zu denken ist – und andererseits den Bestimmungen der landesrechtlichen **Gesundheitsdienstgesetze** dar. Eine **Zusammenarbeit** und **Abstimmung** zwischen diesen Bereichen ist aus verschiedenen Gründen notwendig, auch in grundsätzlichen Fragen, die z.B. durch Forschungsvorhaben beantwortet werden könnten[20].

[20] vgl. dazu oben C. VI. 3.3

Soweit das **Sozialrecht** durch **Landesbehörden** ausgeführt wird[21], wäre aus institutioneller Sicht an **Einrichtungen**, z.B. Arbeitsgemeinschaften[22] zu denken, in denen Kooperation und Koordination auf Landesebene stattfände.

Die **Zusammenarbeit** sowohl der **Länder untereinander** als auch der Länder **mit** dem **Bund** sollte ermöglicht werden; diesbezügliche Vorstellungen[23] sind in dieser Studie nicht geprüft worden.

2.4 Keine völlige Harmonisierung der Prävention

Angesichts der **zahlreichen Aufgaben** und **Befugnisse** im Bereich der Prävention und der vielfältigen **Aktivitäten**, die es bereits gibt und die in der **Zukunft zusätzlich** zu entfalten sind, scheint eine Zusammenarbeit erforderlich, wie im Vorangegangenen dargelegt worden ist. **Fraglich** ist, ob die dabei zu tätigende Kooperation und Koordination u.a. auch das Ziel verfolgen sollte, die **Handlungsmaßstäbe** im Bereich der **Prävention** zu **vereinheitlichen**.

Nach der bisherigen **Rechtslage** gelten unterschiedliche gesetzliche Vorgaben, aus denen eine **unterschiedliche Intensität** der Maßnahmen auch im Bereich der Prävention abzuleiten ist. Augenscheinlich ist dieser Unterschied zwischen dem Bereich der gesetzlichen **Krankenversicherung** sowie der darauf Bezug nehmenden **Sozialhilfe**[24] einerseits und der gesetzlichen **Unfallversicherung** andererseits; nach dem **SGB V** gelten für sämtliche Leistungen – und zum **Leistungsrecht** gehört nachdem System des SGB V auch praktisch der gesamte Bereich der **Prävention**[25] - die Maßstäbe von Effektivität, Effizienz und der **Beschränkung** des Leistungsumfangs auf das **Notwendige**[26]; die Träger der gesetzlichen **Unfallversicherung** sind hingegen verpflichtet, auch die Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten **„mit allen geeigneten Mitteln“** zu betreiben[27].

---

[21] vgl. z.B. für das Sozialversicherungsrecht Art. 87 Abs. 2 GG, für das Sozialhilferecht §§ 96 ff. BSHG
[22] vgl. z.B. § 95 BSHG
[23] z.B. in Richtung einer (Bundes-)Arbeitsgemeinschaft oder (Bundes-)Stiftung
[24] vgl. § 37 Abs. 1 BSHG
[25] vgl. Überschrift zum Dritten Kapitel, zu § 11 SGB V sowie zum Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels
[26] so unmittelbar für das Leistungsrecht normiert in § 2 Abs. 4 und § 12 Abs. 1 SGB V, für das Leistungserbringer-Recht in § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V
[27] § 1 Nr. 1 sowie § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB VII; dazu z.B. Hauck/Noftz/Kranig/Waldeck, SGB VII K § 14 Rdnr. 34 - 38

Soweit ersichtlich, sind bislang keine einleuchtenden Gründe vorgetragen worden, die zu einer Beseitigung dieser **materiell-rechtlichen Unterschiede** führen könnten; somit erscheint es auch bereits rechtlich **nicht** zulässig zu sein, **durch** organisations- und insb. verfahrensrechtliche Regelungen der **Zusammenarbeit** im Bereich **präventiver Maßnahmen** die vom geltenden Recht mit offensichtlich gutem Grund vorgeschriebenen unterschiedlichen materiell-rechtlichen Handlungsmöglichkeiten organisatorisch **auszuhebeln**. Demnach sollte es auch in Zukunft bei den unterschiedlichen Handlungsmaßstäben in den speziellen Gesetzen bleiben.

XIII. Weiterentwicklung der Präventionsregelungen

Im Verlauf der Arbeit an dieser Studie ist u.a. auch ein **Kriterienkatalog** entwickelt worden, anhand dessen eine subtile **Untersuchung** der vorhandenen Rechtsmasse vorgenommen werden könnte. Dabei könnten alle **Normen** mit **präventivem Gehalt** unter verschiedenen Gesichtspunkten **analysiert** werden; eine Zuordnung/Zusammenfassung der Regelungen unter dem einen oder anderen Aspekt erscheint damit möglich zu sein, vor allem auch mit dem Ziel, einer sinnvollen **Vereinheitlichung** der Terminologie und der **Bildung** bereichsübergreifender Regelungen von relativ hohlem Abstraktionsgehalt.

Der **Kriterienkatalog** wird im Nachfolgenden mitgeteilt. Es handelt sich um ein **Modell**, das wohl noch weiterzuentwickeln wäre.