



Idee und Konzept meiner Kanzlei für Gesundheit und Teilhabe

Gerne folge ich der Anregung der Schriftleitung der ASR, mein Konzept einer Kanzlei für Gesundheit und Teilhabe mit ihrer Spezialisierung im Bereich Arbeitsunfall/Berufskrankheit, medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) vorzustellen.

I. Ausgangssituation

Die Idee für einen Kanzleizuschnitt dieser Prägung beruht auf meiner persönlichen Überzeugung, dass die vielfältig in Deutschland beklagten Probleme einer defizitären Versorgung erkrankter oder behinderter Menschen im Wesentlichen ein Problem des zeitnahen und/oder bedarfsgerechten Zugangs zu Sozialversicherungsleistungen darstellen.

Mit dem Konzept des SGB I-XII verfügen wir in Deutschland zumindest in der Theorie über eine hervorragende Basis zur Deckung sozialversicherungsrechtlicher Bedarfe. Entgegen weit verbreiteter Auffassung steht auch ausreichend Geld zur Verfügung, diese Bedarfe zeitnah, zielorientiert und sachgerecht zu decken. Schließlich mangelt es grundsätzlich auch (noch) nicht an ausreichenden Fachkapazitäten zur Umsetzung der diagnostischen, akutmedizinischen und rehabilitativen Bedürfnisse der Erkrankten und Behinderten.

Es würde sicherlich den Rahmen dieser Kurzdarstellung sprengen, wollte man einen auch nur halbwegs vollständigen Katalog der Gründe erstellen, warum es denn in der gelebten Realität so oft nicht klappt. Ich beschränke mich daher auf einige zentrale Aspekte:

a) der verunsicherte Versicherte

Der verunfallte oder (berufs-)erkrankte Versicherte wird meistens plötzlich und wenig vorbereitet aus seiner mehr oder weniger geordneten Lebenssituation gerissen. Es ist selten nur die Krankheit oder körperliche Versehrtheit, die ihn fordert. Wie beim Domino mit dem Fallen des ersten Steines erscheinen regelmäßig weitere Basisbedarfe gefährdet oder brechen unerwartet weg, z. B. der Erhalt des Arbeitsplatz, der Unterhalt der Angehörigen, die langfristige Leistungsfähigkeit, die Betreuung und Erziehung der Kinder, die Bedienung von Krediten usw. Der so Betroffene steht also unerwartet in einer hochkomplexen Problemsituation, bei dem ihm allzu oft kein stützendes familiäres Netzwerk zur Seite steht.

b) das gegliederte Sozialversicherungssystem

Mit seinen Fragen, Problemen und Bedarfen trifft er auf ein stark gegliedertes Sozialversicherungs- und Leistungssystem, das sich selbst für den gut Orientierten mit seinen unterschiedlichen Begrifflichkeiten, formalen Antragserfordernissen, differenten Leistungsvoraussetzungen und -maßstäben sowie uneinheitlichem Qualitätsverständnis nur schwer erschließt. Die Beratung der Sozialleistungsträger, wenn überhaupt individuell ausgeprägt, beinhaltet selten einen systemübergreifenden Vorteils-/Nachteilsabgleich, der dem ohnehin gehandikapteten Erkrankten die notwendigen Richtungs-

entscheidungen für seine optimale Therapie und erfolgreiche Fortsetzung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft transparent macht.

Zwar existiert spätestens seit der Einführung des SGB IX, mit dem der Gesetzgeber im Bereich der Rehabilitation die Nachteile des gegliederten Sozialleistungssystems begrenzen will, eine Verpflichtung aller Rehabilitationsträger zur bedarfsgerechten und ggf. gemeinsam koordinierten Steuerung der Rehabilitation und Teilhabe. Leider gilt speziell für dieses Sozialgesetzbuch, dass eine große Verzerrung zwischen gesetzgeberischer Zielsetzung und praktischer Umsetzung besteht. Die trägerübergreifende Rehabilitations- und Teilhabeplanung funktioniert nur im Ausnahmefall. Die Rehabilitationsträger denken und handeln fast ausschließlich im Rahmen ihrer eigenen Leistungsgesetze, dem SGB III, V, VI oder VII, nicht aber in den Konzepten der selbstbestimmten Teilhabe des SGB IX.

Treffen hier finale und kausale Systeme mit ihren unterschiedlichen Versorgungsaufträgen aufeinander oder bestehen unterschiedliche Auffassungen der Träger zum Leistungsgrund oder Bedarf, sind Leistungsblockaden oder Minderleistungen zu Lasten der Verunfallten bzw. Erkrankten zu befürchten.

c) Defizite der jeweiligen Trägerorganisationen

Neben die oben dargestellte Überforderung des Betroffenen, sich selbst systemangemessen aufzustellen, und die systembedingten Rechtsumsetzungsprobleme treten als dritte Problemsäule die Defizite der Sozialversicherungsträger im Allgemeinen und Speziellen. Dies differiert stark je nach Branche und einzelner Sachbearbeiter. Auch gibt es dafür im Einzelfall meistens gute Erklärungen. So sind die organisatorischen Folgen der gesetzgeberisch erzwungenen Reorganisation der Träger noch nicht vollständig überwunden, die Sachbearbeiter eben auch nur Menschen mit guten und schlechten Tagen, die Leistungserbringer eigentlich anders beauftragt, nur in dieser Region gerade keine muttersprachlichen Psychotherapeuten verfügbar, die Ärzte aus ethischen und standesrechtlichen Gründen verpflichtet..... usw. usw.

Gerade diese Erklärungen sind indes ein tragender Ursachenbestandteil der Defizite. Zeigen sie doch das Organisationsverschulden der Träger durch bewusst in Kauf genommene Dienstleistungsausfälle auf, z. B. in Form von schlecht ausgebildeten Sachbearbeitern, Arbeitsüberlastung der Bearbeiter, Formalisierung an Stelle von Individualisierung, fehlender Rehaplanung oder fehlendem Ergebnis- und Qualitätscontrolling.

Der Versicherte, der um die Wiederherstellung seiner Leistungsfähigkeit, den Erhalt seines Arbeitsplatzes usw. kämpft, benötigt indes keine Erklärungen, sondern dieser Mandant benötigt zeitnahe Lösungen seiner Probleme. Das strukturell bedeutsamste Defizit ist hierbei das Denken der Sachbearbeiter in Zuständigkeiten an Stelle des Denkens in Bedarfen. Die damit bedingte Zeitverzögerung gefährdet gleichermaßen das Erreichen der optimalen Heilerfolge wie den Erhalt des Arbeitsplatzes. Sie fördert psychische Komplikationen. Die Entscheidungsfristen des SGB IX werden notorisch nicht eingehalten.

II. Problemstellung

Betrachten wir die Problematik des Erkrankten, dem es nicht primär um Abzinsen seines Gesundheits- und Arbeitsplatzverlustes durch Erwerbsminderungs- oder Verletztenrente geht, etwas genauer, so hat er neben dem Problem des Erkennens seines Handlungs- und Entscheidungsspielraumes ein Zeit- und Qualitätsbewertungsproblem. Mit etwas Pech kann er es locker mit drei bis vier Sozialversicherungsträgern (KK, UV, DRV, BA) und einem Arbeitgeber zu tun haben, die je nach Rehabilitationsphase von ihm Anträge, Prognosen und Entscheidungen verlangen. Der Einfachheit halber lassen wir hier einmal die Leistungserbringer - dort spielt sich primär die Qualitätsfrage ab - und sonstige Dritte (Haftpflichtversicherungen z. B. bei Verkehrsunfällen, Angehörige, Banken, Vermieter, Mitarbeiter usw.) außen vor.

Nicht selten hängen Erfolgsaussichten, Auskommen und Einkommen, besonders aber subjektive Zufriedenheit auf dem weiteren Lebensweg von einer korrekten Weichenstellung in dieser Phase ab. Je nach Anspruchsschichtung und Problemlage kann später noch Einiges korrigiert werden. Fehler in

dieser Phase sind aber meist nachhaltig und begrenzen Entwicklungsmöglichkeiten auf anderen Feldern.

Weiß indes der Erkrankte/Verunfallte in dieser Phase bereits was er will? Woran richtet sich seine Entscheidung aus: nach dem Bauchgefühl, nach dem Rat des behandelnden Arztes, nach dem Familienrat, nach dem Stammtischkonsil? Was sind die Entscheidungsparameter? Kennt er alle Parameter und gewichtet er diese richtig in seiner Ausnahmesituation? Viele sind prognostischer Art und mitarbeits- oder gestaltungsabhängig! Was ist denn mit den vielen Dritten? Werden diese alle zeitgerecht mitspielen? Wie löst er Zielkonflikte auf? ... und dann immer wieder der Zeitfaktor: Wird ggf. der Arbeitgeber sich solange gedulden, bis Berufsgenossenschaft (BG) und Rentenversicherung (DRV) bestandskräftige Entscheidungen vorlegen? Geht mir dann die Abfindung verloren? usw. usw.

Erschwerend kommt die heutige Situation der Sozialgerichte hinzu. Sieht man einmal von dem hier nur selten hilfreichen einstweiligen Rechtsschutz ab, können Entscheidungen der Kammern leicht 1 - 3 Jahre dauern. Für Fragen der Rentenansprüche mag das gerade noch akzeptabel sein, erhält man doch wenigstens einen ganz guten Zins. In Rehabilitations- und Teilhabefragen hat bis dahin das Leben die maßgeblichen Fakten entschieden. Diese Zeit holt der Betroffene nie mehr auf. Mit Glück kann er im Erfolgsfall vielleicht noch ein vergleichbares Niveau zu späterer Zeit erreichen.

III. der Lösungsansatz

So sehr nun gute Rechtskenntnisse jeden Lösungsansatz und -weg unterstützen können, so wenig aber ist die anstehende Planungs- und Prozesssteuerungsaufgabe mit dem abgedeckt, was der klassische Anwalt an der Universität oder in der Referendarausbildung gelernt hat.

Der Verunfallte/Erkrankte benötigt einen Gesundheits- und Eingliederungsmanager, also einen Berater, Coach und Verhandlungsführer. Dessen Aufgabe ist es, vor dem Hintergrund der Anspruchslagen des SGB's in Kenntnis der Gesundheitsprognose des Mandanten, seiner Ziele und Bedarfe und unter Berücksichtigung der Ablauforganisation des jeweiligen Leistungsträgers kurze Wege zum Machbaren zu finden. Dabei sind die nachhaltigsten Erfolge im Verhandlungswege zu erreichen, möglichst vor einseitig hoheitlicher Entscheidung des Trägers per Verwaltungsakt oder Widerspruchsbescheid. Eine gewisse Streitbereitschaft schadet nicht, solange sie noch geeignet ist, die Kanalisierung in die einvernehmliche Lösung zu fördern. Es gibt immer mehr Sozialversicherungsträger die begreifen, dass man für einen öffentlich-rechtlichen Vergleichsvertrag nicht erst einen Rechtsstreit geführt haben muss. Die Zeit- und Kostenersparnis aus den vermiedenen Widerspruchs- und Klageverfahren sollte sich bei beiden Beteiligten als Verhandlungsprofit niederschlagen und so auch das Honorar des Verhandlungsführers rechtfertigen.

Gleiches gilt im BEM analog für die Entscheidungen am Arbeitsplatz, sei man nun im Auftrag des Unternehmers oder des Arbeitnehmers tätig. Wichtig sind beiderseits akzeptable und realisierbare Lösungen. Dabei dürfen die Vertragspartner auch entgegen der Zielsetzung des § 84 SGB IX nach gründlicher Prüfung aller Zusammenarbeitsmöglichkeiten zu dem Ergebnis kommen, zukünftig getrennte Wege gehen zu müssen. Auch im Ausgliederungsmanagement lässt sich - ggf. sogar ohne Anrechnung auf die Abfindung - so manche Startverbesserung für die Wiedereingliederung an dritter Stelle aushandeln.

Bekanntlich ist für die sachgerechten Profilbildung im Rahmen des Managements die Kenntnis ausreichend, wer über kompetentes Wissen für die als Beurteilung benötigte Entscheidungsbasis verfügt (und dessen Expertise einzuholen). Es schadet aber nicht, in den einschlägigen Fragen der Medizin (Indikationen, Diagnosen, Diagnostiktechniken, Behandlungspfade, Goldstandards usw.), der Arbeitswelt (Prozesse, Einsatzstoffe und Verarbeitungswege) oder der Toxikologie (die Wirkung der Stoffe, Metabolisierung usw.) über Laienwissen zu verfügen. Denn in den meisten Fällen ist es nicht das Rechtswissen, was in den Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern (besonders den Berufsgenossenschaften) den entscheidenden Ausschlag gibt. Einen Berufskrankheitenfall (z. B. arbeitstechnische Voraussetzungen, Zwang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit usw.) klärt man regelmäßig weniger durch juristische, als vielmehr durch verfahrenstechnische und arbeitsmedizinische Kenntnis-

se. Will man der ermittelnden Berufsgenossenschaft hier nicht völlig das Heft des Handelns zur Aufbereitung der Entscheidungsbasis überlassen, bedarf es zumindest so vieler Kenntnisse, dass man in der Lage ist, die richtigen Fragen zu stellen (z. B. an den Technischen Aufsichtsbeamten oder den medizinischen Gutachter). Im Zweifel sollte man über ein einschlägiges Netzwerk von kurzfristig verfügbaren Experten zurückgreifen können, an die ggf. ein Unterprozess ausgegliedert werden kann.

IV. Die Lösungsidee

Ausgehend vom oben Gesagten liegt meinen Mandaten die Idee zugrunde, den Mandanten in einer schwierigen Lebensphase bildlich gesprochen an die Hand zu nehmen und ihn bis zur Problemlösung zu begleiten.

Ähnlich individuell wie die Mandatsgestaltung im Einzelfall sind meine Honorarvereinbarungen. Dies reicht von der einfachen gesetzlichen (Betragsrahmen-)Gebühr, über die Kombination mehrerer Verfahrensgebühren, ggf. ergänzt durch Honorarvereinbarungen nach Stunden bzw. Fallpauschalen, bis hin zum Erfolgshonorar.

V. Der Lösungsweg

Relativ unabhängig vom Stand des Verfahrens im Zeitpunkt der Mandatsübernahme liegt daher meiner Mandatsführung in allen abgedeckten Spezialfeldern ein einheitlicher Basisprozess zugrunde, der natürlich in seinen Unterprozessen je nach Ziel und Aufgabenstellung variiert. Ausnahmen bilden hier lediglich Mandate die von dem Bestreben dominiert sind, ergebnisunabhängig Rechtsfragen zu klären, wie dies in Nichtzulassungsbeschwerden oder Revisionen im Vordergrund stehen kann.

a) Erstgespräch

Im Rahmen der Auftragsklärung erstelle ich im Erstgespräch ein Kundenprofil, bei dem - eingebettet in Verfahrenshinweise - die Problemstellung, die Lebenssituation, Diagnosen, behandelnde Ärzte, bereits eingeleitete Maßnahmen, Beteiligte, Wünsche, Chancen, Risiken, erste Lösungsideen usw. wertfrei abgefragt werden.

b) Situationsanalyse, Maßnahmenfindung

Nach evtl. erforderlicher Validierung der Fakten (Akteneinsicht, Gesprächen mit Ärzten, Versicherungsträgern, Arbeitgebern oder sonstigen Stakeholdern, negatives oder positives Leistungsbild) erfolgt vor dem Hintergrund meiner Situationsanalyse die Klärung und ggf. Hinterfragung der Zielsetzung meines Mandanten in den relevanten Lebens- und Problembereichen. Zielkonflikte sollten in dieser Phase aufgelöst werden.

Sind zumindest die mittelfristigen Lebensziele geklärt und mit ihnen die Bedarfe oder derzeitigen Defizite, werden von mir Strategien bzw. bereits konkrete Maßnahmen zur Bedarfsdeckung vorgeschlagen. Dies kann ein Stufenkonzept verschiedener rechtlicher und tatsächlicher Maßnahmen sein, ist nicht selten aber bereits die Vorstufe des mit einem Arbeitgeber zu vereinbarenden Eingliederungsplanes oder des mit Arzt und/oder Versicherungsträger zu realisierenden Rehabilitationsplans. Es beinhaltet die Vermittlung von Vor- und Nachteilen verschiedener Wege, denn der Mandant muss besonders die Nachteile seines Weges zum Ziel „lieben“, um von mir eine positive Erfolgsprognose für die Umsetzung zu erhalten.

c) Maßnahmen durchführen und Ergebnisse kontrollieren

Sind die Verfahrensziele in dieser Form geklärt, sind potentielle Kostenträger zu suchen, soweit sie nicht bereits in der Findung beteiligt sind. Je nach Art des Versicherungsträgers und deren bevorzugtem Versorgungsweg erfolgt die Umsetzung möglichst auf dem Weg des (öffentlich-rechtlichen) Vertrages, zur Not auch mittels Antragstellung und Verwaltungsakt. Dabei lege ich Wert auf den Umstand, dass auch der Mandant seinen Lösungsbeitrag bewusst formuliert, sei es der Grad seiner Anstrengung bei der Mitwirkung oder sei es sein organisatorisches oder finanzielles Entgegenkommen zum Erhalt des Arbeitsplatzes.

Zur qualitativen Absicherung der Maßnahmen vereinbare ich mit meinen Mandanten (ggf. auch Stakeholdern wie z. B. dem Vorgesetzten) feste Rückmeldungszeitpunkte und -inhalte. Bleiben diese aus wird gemahnt, liegen die Mitteilungen nicht im Zielkorridor, muss die Maßnahme nachgebessert oder gestoppt und durch eine fortgeschriebene Prozessplanung ersetzt werden. Beendet ist mein Mandat erst, wenn nachweislich Soll und Ist des vereinbarten Prozessplanes zur Deckung gebracht sind, die Ziele sich anderweitig erledigt haben oder einvernehmlich und ohne Alternativen eine negative Prognose überwiegt.

VI. drei Fallbeispiele

a) psychisches Trauma (Arbeitsunfall)

Die angestellte Sozial- und Diplompädagogin A (Jahrgang 1975) erlitt ein massives psychisches Trauma, als die Mutter einer Probandin niedergestochen wurde und in ihren Armen verstarb. Die Ersttherapie erfolgte hausärztlich auf Kosten der Krankenkasse. Weil keine kurzfristigen Termine für eine psychotherapeutische Notfallintervention erhältlich waren, besorgte A sich zu eigenen Lasten eine Traumatherapie bei einer Therapeutin mit Heilerlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz.

Erst nach über einem Monat wurde das Ereignis der Berufsgenossenschaft (BG) gemeldet, die sich nach ca. 2 Monaten zwar zunächst bereit erklärte, im Rahmen der vorläufigen Fürsorge für A die Heilbehandlung zu übernehmen, dann aber die Erstattung der aufgelaufenen Therapiekosten und die Weiterbehandlung durch die nichtärztliche Therapeutin mit freiem Schreiben unter Hinweis auf § 28 I SGB VII verneinte.

In dieser Phase suchte A (wohnhaft im Rheinland) meinen Rat. Als Verfahrensziele kristallisierten sich zunächst die Organisation und Finanzierung einer zielführenden aber selbstbestimmten Therapie heraus. Die Arbeitsfähigkeitsprognose war noch nicht absehbar, Fragen der Wiedereingliederung gingen Richtung Berufswechsel und eine (vorübergehende) Verrentung wurde zwar nicht angestrebt, stand aber im Raum. Relevante Vorerkrankungen bestanden und die Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz waren schon vor dem Ereignis nicht problemlos.

Nach Widerspruch gegen den Inhalt des Schreibens und Akteneinsicht wurde schnell klar, dass die überforderte Sachbearbeitung der BG hier schematisch wie nach einem somatischen Trauma handelte. Der behandlungsbeauftragte D-Arzt (Unfallchirurg!) befürwortete zwar die Fortsetzung der eingeleiteten Therapie, dem konnte die nach meiner Intervention eingeschaltete Rehaberaterin aber nicht zustimmen, da sie auf ärztlicher Therapie bestand und keinen Fall des § 28 I 2 SGB VII sah. Sie favorisierte zunächst gegen den Willen der Mandantin eine weit entfernte stationäre Behandlung und bot dann alternativ ambulante probatorische Sitzungen bei einer Auswahl ärztlicher Therapeuten an. Leistungsverweigerung mangels Mitwirkung wurde angedroht, obwohl die benannten Therapeuten keine oder nur sehr langfristig Termin anbieten konnten.

Nach Einschaltung des Vorgesetzten und Organisation einer ärztlichen (ambulanten) Therapieleitung durch den Chefarzt einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (ohne BG-Zulassung) konnte ein gestufter Rehabilitationsplan abgesprochen werden, der auf Vorschlag und mit therapeutischer Begleitung der nichtärztlichen Therapeutin, deren gesamte Kosten die BG auch für die Vergangenheit übernahm, umgesetzt wurde. Mit dem Arbeitgeber wurde nach entsprechendem therapeutischem Fortschritt die Umsetzung der Mandantin auf eine Tätigkeit ohne Außendienst bei gleichem Lohn vereinbart. Die Einarbeitung und Schulung erfolgte im Rahmen einer von der BG akzeptierten und finanzierten Belastungserprobung.

Nach gesundheitlicher Stabilisierung und arbeitgeberseitig bestätigter erfolgreicher Schulung und Einarbeitung in die neue Aufgabe konnte die Arbeitsunfähigkeit und das Verfahren nach ca. 15 Monaten Arbeitsunfähigkeit ohne verbliebene Unfallfolgen (also auch ohne Rentenanträge) beendet werden. Der Widerspruch gegen das eingangs genannte Schreiben war zurückgenommen worden und im gesamten Rehabilitationsverfahren bedurfte es keines Bescheides.

b) Zwang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit (Berufskrankheit Nr. 5101 der Anlage zur BKV)
Der selbständige Physiotherapeut B (Jahrgang 1974, wohnhaft in Berlin) beauftragte mich mit dem Widerspruch gegen einen Bescheid der zuständigen BG, mit dem Berufsbezogenheit einer schweren und wiederholt rückfälligen Hauterkrankung anerkannt und Kostenzusage für entsprechende Heilbehandlung dauerhaft zugesagt, jedoch die Anerkennung als Berufskrankheit und Leistungen nach § 3 BKV abgelehnt worden waren.

B war der Überzeugung, dass er seinen Beruf aufgeben müsse, um seine Leistungsfähigkeit dauerhaft zu erhalten bzw. die Chronifizierung der unstreitig immer wieder auftretenden Exazerbationen seines Hautleidens zu vermeiden. Als Verfahrensziele schwebten ihm die berufliche Rehabilitation durch Umschulung (Wunsch: Teilfinanzierung eines Psychologiestudiums durch die BG) sowie Übergangsleistung aus § 3 BKV vor.

Die Validierung der Fakten ergab, dass die Verfahrensziele realistisch waren und neben dem sehr ambitionierten Umschulungswunsch noch andere Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation bestanden. Der Faktencheck ergab indes auch, dass unter bestimmten Bedingungen eine Fortführung des Berufes gesundheitlich vertretbar wäre, wengleich gute Möglichkeiten zur gerichtlichen Durchsetzung des Aufgabezwanges bestanden. Die Bandbreite der denkbaren Variationen, des ärztlichen Beurteilungsspielraumes in der Prognose und die Höhe der zu erwartenden Kosten eröffneten hier gleichermaßen einen großen Verhandlungsspielraum wie ein nicht geringes Prozessrisiko.

Im Rahmen der Situationsanalyse und der gemeinsamen Abwägung der Vor- und Nachteile möglicher Verfahrensziele und -strategien, fiel zweierlei auf:

1. Es war der Wunsch zur Berufsaufgabe zwar medizinisch indiziert und unterstützt. Der Mandant hatte sich jedoch innerlich noch nicht gelöst und würde seine selbständige Tätigkeit gerne fortsetzen, falls das finanzielle Risiko der Erkrankungen (Verdienstaustausch, Kundenverlust) abgedeckt werden könnte.
2. B war in der letzten Zeit 4x hautbedingt über längere Zeiträume erkrankt gewesen. Seine Krankenversicherung zahlt erst nach einer Karenzzeit. Die BG verweigerte Verletztengeld unter Verweis auf die herrschende Meinung, wonach im Rahmen des § 3 BKV trotz berufsbedingter Arbeitsunfähigkeit und berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung kein Verletztengeldanspruch bestünde. Dies war ihm mehrfach auf mündliche Anfrage mitgeteilt worden, einmal sogar als Schreiben nach § 14 SGB I.

Die Zielvereinbarung für meinen Auftrag wurde dahingehend formuliert, dass zunächst die Möglichkeiten zum Verbleib im Beruf geprüft werden sollten. Da die BG-Behandlung gesichert war, ging es letztlich um die Frage des Verdienstaustausches, der bei dem zum Höchst-JAV versicherten Unternehmer gut durch Verletztengeldzahlungen der BG realisierbar sein sollte.

Nach entsprechender Verhandlung mit der BG und einigen Zwischenschritten außergerichtlicher Art konnte schließlich die Nachzahlung und Verzinsung der in der Vergangenheit verweigerten Verletztengeldzahlungen in fünfstelliger Höhe erreicht werden. Für die Zukunft wurde diese Verwaltungshandhabung bei entsprechender ärztlicher Beurteilung der Kausalität bestätigt und nach erneuter berufsdermatologischer Arbeitsplatzberatung zur Minimierung der Erkrankungsrisiken eine ergänzende Vereinbarung zum Hautschutz getroffen. Der Widerspruch wurde zurückgenommen und ein zufriedener Mandant setzt seither seine Berufstätigkeit erfolgreich fort.

c) Return to Work (Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) im Auftrag des Arbeitnehmers)
Nach 36-jähriger Betriebszugehörigkeit als zuletzt stellvertretende Kita-Leiterin in einer niedersächsischen Gemeinde wählte sich die Erzieherin C (Jahrgang 1954) vor der Erwerbsminderungsrente. Nach längeren Erkrankungen auf mehreren Fachgebieten und jetzt einer seit 8 Monaten andauernden Arbeitsunfähigkeit, die zumindest auch auf einer psychische Begleitkomponente beruhte, hatten ihr der behandelnde Internist, die behandelnde Psychotherapeutin, der Betriebsarzt und nicht zuletzt die Krankenkasse geraten, einen Rentenantrag zu stellen. Hierzu hatte sie sich - auch aus finanziellen Sorgen - entschlossen.

Bei mir suchte die Mandantin Unterstützung im Kampf um einen höheren GdB, der ihr im Widerspruchsbescheid mit nur 20 von Hundert bestätigt worden war. Verfahrensziel sollten mindestens 30 von Hundert sein, um die Gleichstellung zur Verhinderung einer (vermeintlich) kurzfristig bevorstehenden Kündigung zu erreichen.

Der Faktencheck ergab einen eher sachgerechten GdB, einige Gesundheitseinschränkungen, die sicherlich keine teilweise Erwerbsminderungsrente rechtfertigen würden und zumindest keinen relevanten zusätzlichen medizinischen Rehabilitationsbedarf. Dagegen bestand Bedarf zu beruflicher Rehabilitation, was sich im Sinne des § 84 II SGB IX zunächst vorrangig an den Arbeitgeber richtete, der bisher kein BEM eingeleitet hatte. Zwar hatte man im Sinne der historischen (und heute als Standardunterschreitung unzulässigen) Krankenrückkehrergespräche zweimal mit C den Wiedereinsatz erörtert. Dabei hatte man die Funktion einer Telefonisten oder eine Teilzeittätigkeit im Büro angeboten und ansonsten klar gemacht, dass man trotz großer Mühen in Sachen Fürsorge für sie keine weitere Beschäftigungsmöglichkeit in dem 1000-Mann-Unternehmen „Gemeinde“ fände. Der Wiedereinsatz an ihrem alten Arbeitsplatz sei nach betriebsärztlicher Begutachtung nicht leidensgerecht und wurde auch von C ausgeschlossen.

Trotz anfänglicher Schwierigkeiten habe ich beim Arbeitgeber ein ordentliches BEM-Verfahren mit den gesetzlichen Beteiligten ergänzt durch den Betriebsarzt durchgesetzt. Als Zwischenergebnis ist jetzt festzuhalten, dass nach Klärung des Positivprofils der Fähigkeiten von C die gemeinsame Suche nach alternativen Einsatzmöglichkeiten eingemündet ist in die Schaffung einer neuen Stelle (für alte, ehemals outgesourcte Aufgaben der Gemeinde). Die Stelle ist inzwischen vom Gemeinderat „durchgewunken“ und ich bin zuversichtlich, dass wir in der nächsten BEM-Sitzung den Eingliederungsplan abschließen können, mit dem wir die Zwischenzeit bis zur formalen Stellenfreigabe mit Schulung für den neuen Arbeitsbereich und/oder einer Belastungserprobung abschließen. Im schlimmsten Falle müsste vorübergehend ALG I in Anspruch genommen werden. Angesicht der bereits sicheren Stellenzusage wäre das vertretbar.

VII. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) im Auftrag von Arbeitgeber oder Arbeitnehmer

Abschließend möchte ich noch den Hinweis auf einen nur teilerschlossenen Markt geben, den die Sozialversicherungsrechtsanwälte m. E. noch nicht für sich entdeckt haben: das BEM. Im Klein- und Kleinstbetrieb unter 150 Beschäftigten ist der Arbeitgeber im Regelfall aus eigenen Reihen nicht in der Lage, die gesetzliche Verpflichtung gem. § 84 II SGB IX - nämlich seinem mehr als 6 Wochen in den letzten 12 Monaten erkrankten Arbeitnehmer ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten - gerichtsfest zu erfüllen. Im fehlt idR eine entsprechende Personalabteilung und der Zugriff auf das Sozialversicherungsnetzwerk. Zudem ist er oft nicht mitbestimmt und hat selten eine ausreichende betriebsärztliche Versorgung. Es böte sich also an, bei Bedarf einen externen Eingliederungsmanager zu beauftragen.

Die Realität in diesem Firmensegment sieht überwiegend anders aus. BEM findet nicht (qualifiziert) statt. Probleme im Bereich der krankheitsbedingten Kündigung werden über Abfindung und/oder vor Gericht gelöst. Dabei bietet das BEM für Arbeitnehmer und Arbeitgeber große Chancen bei zusätzlicher Verringerung der Risiken: eine echte Win-Win-Situation, unabhängig vom Ausgang. Es führt hier zu weit dies im Einzelnen zu erläutern.

Im Ergebnis profitieren beide Seiten davon, wenn die Energien und Kosten einer Auseinandersetzung gemieden und die Chancen zur Problemlösung in den Vordergrund gestellt werden. Die eher geringen Kosten des externen Eingliederungsmanagers sind insbesondere für den Arbeitnehmer eine gute Investition in seine Zukunft bzw. Teilhabe, sei es, dass er die Fortführung des bisherigen Arbeitsverhältnisses wünscht, oder sei es, dass er den Umstieg in eine neue Teilhabechance anstrebt. Dies veranlasst zu Recht vermehrt Arbeitnehmer mich zu bitten, das BEM für sie einzuleiten oder zu begleiten.