



Reinhard Holtstraeter

## Der Versicherungsfall Prävention\*

Seit Bismarcks [1] Zeiten gelten als eiserne Prinzipien der Gesetzlichen Unfallversicherung: „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“. Diese Leistungsgrundsätze ermöglichen eine für die DGUV [2] typische Win-Win-Situation. Denn parallel zum Erhalt von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Arbeitsplatz, also den humanitären Zielen der Versicherten, werden auf diesem Wege der Versicherungsgemeinschaft die hohen Kosten eines Versicherungsfalles mit möglicherweise lebenslanger Rentenzahlung erspart.

**M**it § 3 I BKV [3] konkretisiert der Gesetzgeber seinen bereits in § 22 I Nr. 1 SGB I und § 3 I, 14 I SGB VII formulierten Auftrag für den Einzelfall: „Besteht für Versicherte die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken.“

### Das Ziel des Gesetzgebers

Selten beschreibt der Gesetzgeber Leistungsziel und Leistungsumfang so eindeutig: Der Eintritt oder die Verschlimmerung von Gesundheitsschäden im Sinne der Berufskrankheitenverordnung soll mit allen den Unfallversicherungsträgern zur Verfügung stehenden Mitteln verhindert werden. Der weite Gestaltungsspielraum, mit dem der Gesetzgeber die Berufsgenossenschaften zur Zielerreichung im Einzelfall ausstattet, bedeutet für die Versicherungsträger eine ebenso breit gefächerte Leistungsverpflichtung. Denn die gesetzlichen Präventionsleistungen sind nicht erst auf Antrag, sondern von Amts wegen zu erbringen [4].

### Anzeigepflicht des Arbeitgebers und der Ärzte

Damit die Präventionsverpflichtung greifen kann, muss sichergestellt sein, dass die Unfallversicherungsträger möglichst frühzeitig und umfassend über die beginnende Erkrankung informiert werden. Nur so können sie in die Lage versetzt werden, entsprechende Verdachtsfälle von Amts wegen zu untersuchen und effektiv zu begrenzen.

Daher ist für den Arbeitgeber in § 193 II SGB VII eine gesetzliche Anzeigepflicht normiert, falls er Anhaltspunkte hat, dass bei seinem Beschäftigten eine Berufskrankheit vorliegen könnte. Die im Regelfall fehlende Kenntnis des Arbeitgebers über Art und Ursache der Erkrankung seines Mitarbeiters ließ diese Vorschrift in der Vergangenheit weitgehend leerlaufen. Es bleibt zu hoffen,

\* Zugleich eine Besprechung der Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 12.01.2010 – B 2 U 33/08 R – zum sog. kleinen Versicherungsfall

dass sich die Anzeigenquote durch die Verpflichtung der Arbeitgeber zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) [5] erhöht. Denn bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, müsste – das Einverständnis der Betroffenen vorausgesetzt – der Arbeitgeber nun die zur Anzeige erforderlichen Informationen erhalten. Deutlich wirksamer erweist sich die Anzeigepflicht der Ärzte aus § 202 SGB VII, die jeden Arzt oder Zahnarzt persönlich – unabhängig von der Zustimmung des Patienten – in die Pflicht nimmt, den Verdacht auf eine Berufskrankheit anzuzeigen. Leider bleibt auch die ärztliche – insbesondere die betriebsärztliche – Verdachtsanzeige quantitativ weit unter den erwünschten Möglichkeiten. Obgleich hier das Wissen um die Art der Erkrankung und den Zusammenhang mit der beruflichen Exposition vorhanden ist oder sein sollte, wird die Umsetzung durch eine restriktive Interpretation des § 202 SGB VII begrenzt. Nach dem zu eng verstandenen Wortlaut der Vorschrift soll nämlich nur der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit die Anzeigepflicht auslösen. Dementsprechend sieht die (noch) herrschende Meinung [6] für den Verdacht auf eine erst in der Entstehung befindliche Berufserkrankung keine Mitteilungspflicht. Das eindeutige gesetzgeberische Ziel, beruflich verursachte Erkrankungen so wirksam und so früh wie möglich zu bekämpfen, fordert indes eine weitere Interpretation. Daher ist bereits der Verdacht einer drohenden Berufskrankheit anzuzeigen. Dazu ist der Arzt – ggf. mit Zustimmung seines Patienten – bereits nach Landesrecht verpflichtet [7].

### Eigenständiger Versicherungsfall Prävention

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [8] und h. M. in der Literatur [9] regelt § 3 BKV für die Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit einen eigenständigen Versicherungsfall, den sog. „kleinen“ Versicherungsfall. Dieser Versicherungsfall Prävention setzt nicht den Eintritt des „großen“ Versicherungsfalles einer Berufskrankheit voraus.

Zum Eintritt des Versicherungsfalles bedarf es lediglich einer konkreten individuellen Gefahr des Entstehens einer Listenerkrankung auf Grund von berufsbedingten Einwirkungen. Die Gefahr liegt vor, wenn das Risiko einer Schädigung für den Versicherten im Vergleich zu anderen Versicherten mit einer gleichartigen Tätigkeit erhöht ist. Bei der zur Gefahrenfeststellung erforderlichen Risikoprognose, die eine hypothetische Kausalitätsprognose umfasst, ist die Würdigung aller Umstände des Einzelfalles unter Berücksichtigung des Standes der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse entscheidend [10].

Das „Kleine“ an dem Versicherungsfall Prävention bezieht sich nicht auf die vom Versicherten zu beanspruchenden Leistungen, sondern nur auf die deutliche Absenkung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. So bedarf es zwar von der Art her der gleichen Einwirkungen, wie sie auch beim großen Versicherungsfall der jeweiligen Berufserkrankung zu fordern wären. Von der Menge und Dauer der Einwirkung ist jedoch keinesfalls Vergleichbares zu fordern [11]. Denn entsprechend der präventiven Ausrichtung der Norm genügt eine arbeitsmedizinisch relevante Expo-

sitionshöhe, die nachweisbar eine individuelle körperliche Reaktion des Versicherten im Sinne des berufskrankheitentypischen Krankheitsbildes begünstigt. Folglich sind die für viele Berufskrankheiten geforderten Dosiswerte für den Versicherungsfall Prävention irrelevant.

Zudem bedarf es selbst bei den Berufskrankheitentatbeständen, die als versicherungsrechtliches Merkmal die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit verlangen, für den kleinen Versicherungsfall keiner negativen Prognose zur Krankheitsentwicklung bei Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit. Hierzu gibt es nur eine Ausnahme: den auf § 3 I BKV gestützten Leistungsfall Übergangsleistung gem. § 3 II BKV [12].

### Umsetzungsdefizite in der Praxis der Berufsgenossenschaften

Nach den Erfahrungen des Autors findet die inzwischen einhellige Auffassung zum Versicherungsfall Prävention in noch zu vielen Leistungsabteilungen der Berufsgenossenschaften keine oder nur begrenzte Akzeptanz. Wenngleich es viele Gründe gibt für den Umstand, dass die präventiven Leistungsansprüche nur allzu oft ein Schattendasein im Licht der „großen“ Feststellungsverfahren fristen, ist der begrenzte Einsatz von Leistungen aus dem Versicherungsfall § 3 BKV auf Sachbearbeiterebene häufig rein praktisch bereits darin begründet, dass Ansprüche aus § 3 BKV als Annex des großen Versicherungsfalles Berufskrankheit behandelt werden.

### Keine eigenständigen Feststellungsverfahren

Bereits rein formal fällt auf, dass für den Versicherungsfall Prävention regelmäßig keine eigenständigen Feststellungsverfahren durchgeführt werden und selbst bei Einleitung von Einzelmaßnahmen nach § 3 BKV an Stelle des zu fordernden Verwaltungsaktes über Versicherungs- und Leistungsfall überwiegend lediglich Erläuterungsschreiben oder sog. „Kostenzusagen“ erfolgen.

Die Berufsgenossenschaften verfügen in einigen Branchen über exzellente Präventionsprogramme mit eigenständigen technischen und rehabilitativen Leistungen. Leider ist deren Einsatz weder einheitlich noch flächendeckend. Es soll nicht unterstellt werden, dass die Sachbearbeitung willkürlich oder zufällig den Einsatz der Präventivmaßnahmen prüft. Tatsache ist aber, dass die Ergebnisse dieser Prüfungen – obwohl Amtsermittlungspflicht – in der



### **i** Der Autor

Rechtsanwalt Reinhard Holtstraeter ist spezialisiert auf Fragen des Arbeitsunfalls und der Berufskrankheiten, des Personal- und Rehabilitationsmanagement sowie der Konfliktprävention, insbesondere des Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).

weit überwiegenden Fallzahl nicht mitgeteilt [13] und oftmals noch nicht einmal in der Akte dokumentiert sind. Im Falle der negativen Prüfung wird so das Widerspruchsrecht umgangen. Auch bei Bewilligung von Maßnahmen werden die Rechte der Versicherten verkürzt, da ihnen die Ermessensgründe (Auswahlermessungen des Versicherungsträgers), die zu dieser Maßnahme geführt haben, verschwiegen werden.

Nun mag man auf den ersten Blick versucht sein, solche Dinge als Formalien abzutun. Schließlich kommt es auf den Leistungsinhalt und nicht auf deren Förmlichkeit an. Einverstanden, aber nur solange, wie sich hinter dieser Praxis keine leistungsgrenzende oder -verzögernde Wirkung versteckt, die im Einzelfall das Risiko der Erkrankung fördert. Zur Verdeutlichung der Problematik im Folgenden einige Praxisbeispiele:

### **Verzögerung durch ein Primat des großen Versicherungsfalles**

Nach langjährig grenzwertüberschreitender wirbelsäulenbelastender Tätigkeit, die laut Gefährdungsanalyse weiterhin besteht, erleidet ein Versicherter einen operationspflichtigen Bandscheibenvorfall. Mit anwaltlichem Schreiben wird nach BK-Anzeige ausdrücklich nur die Prüfung präventiver Maßnahmen zeitnah zur anstehenden Wiederaufnahme der Tätigkeit erbeten. Das Antwortschreiben einer großen Berufsgenossenschaft teilte die Einleitung des Feststellungsverfahrens mit und stellte mit Standardtext fest (Zitat [14]): „Leistungen der Berufsgenossenschaft können nur für anerkannte Berufskrankheiten erbracht werden. Deshalb kann über die Erbringung der von Ihnen mit o.g. Schreiben erbetenen präventiven Maßnahmen erst nach Abschluss des Verfahrens entschieden werden.“ (Zitatende) Abgesehen von der eindeutigen Rechtswidrigkeit war das Erschütternde an diesem Ermittlungsplan eines erfahrenen Sachbearbeiters, dass er im nachfolgenden Telefonat einräumte, dass dies die bei seiner BG übliche Vorgehensweise sei. Seine Fokussierung auf das große Feststellungsverfahren war so dominant, dass er auch angesichts der eingeräumten Verfahrensdauer von bis zu zwei Jahren keinerlei Unrechtsbewusstsein zeigte.

Die Feststellungsverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung sind vor dem Hintergrund des Sonderentschädigungssystems nicht final sondern primär kausal orientiert. Bis zum Abschluss des Ermittlungsverfahrens besteht keine gesetzliche Vorleistungspflicht. Prävention ist primär final und duldet die Verzögerung aus dem komplexen Kausalverfahren nicht. Andernfalls bleibt nach mehrjähriger zusätzlicher Exposition häufig nur noch die Rentenentschädigung.

### **Automatische Übernahme von Beweisergebnissen aus dem BK-Feststellungsverfahren**

In mehreren vom Autor betreuten Fällen wurden die zunächst nach § 3 BKV erbrachten Rehabilitationsleistungen sofort nach Eingang eines Kausalgutachtens zur möglichen Berufskrankheit eingestellt. Dies erfolgte entweder unter Hinweis auf den Maßnahmencharakter der Übernahme von Heilbehandlung oder unter Bezug auf die fehlende Kausalität der Noxe für die Entstehung der Erkrankung. Auch hier zeigt sich die Fehlerträchtigkeit der unzulässigen

Vermengung beider Versicherungs- und Leistungsfälle. Denn die erste Begründung trägt für § 3 BKV nicht, weil nur der Wegfall der Erforderlichkeit bzw. des Zieles der Behandlung oder die Erkenntnis ihrer Wirkungslosigkeit den Abbruch rechtfertigen würden. Die zweite Begründungsvariante trägt nur dann, wenn das Beweismittel auch die übrigen Leistungsgründe des § 3 BKV (z.B. Unterhaltung oder Verschlimmerung einer unabhängig entstandenen Erkrankung [15]) beurteilt hätte, was mangels Relevanz für die Frage des großen Versicherungsfalles nicht gegeben war. Außerdem hätte es einer rechtsbehelfsfähigen Entscheidung bedurft.

Auf der gleichen Ebene liegt die auch mehrfach vom Bundessozialgericht gerügte verwaltungsmäßige Gleichschaltung eines Verwaltungsaktes zur Ablehnung einer Berufskrankheit mit der Entscheidung über § 3 BKV-Leistungen [16]. Es handelt sich hier eben um unterschiedliche Tatbestände, deren Zielsetzungen und Voraussetzungen differente Auswertungen der Beweismittel und Kausalitätsbeurteilungen erzwingen. Zusammenfassend erscheinen diese Fragestellungen zu komplex und zu differenzierungsbedürftig, um formlos in einem Ermittlungsverfahren nebeneinander laufen zu können. In jedem Fall bedürfen die Ansprüche aus § 3 BKV eines den Anforderungen des SGB X entsprechenden förmlichen Abschlusses durch Verwaltungsakt.

### **Die Leistungsfälle des § 3 BKV**

Welches Leistungsspektrum umfasst nun der präventive Versicherungsfall? Vereinfacht kann man sagen, dass Zugriff auf das gesamte Spektrum der Leistungen nach dem SGB VII besteht mit Ausnahme der Rentenansprüche, da es ja Ziel der Präventionsbemühungen ist, die entschädigungspflichtige Berufskrankheit zu vermeiden. Zusätzlich kann ein Anspruch auf Übergangsleistungen nach § 3 II BKV entstehen. Der Leistungsträger hat ein Auswahlermessen [17] für die bestgeeignete und zum Risiko in angemessenem Verhältnis stehende Maßnahme. Daraus entsteht eine gewisse Rangfolge.

### **Technische und organisatorische Maßnahmen**

Aufklärung und Verhaltensprävention kommen wegen ihrer eher geringen Kosten und Eingriffsintensität primär in Betracht. Dies können z.B. Seminar- oder Trainingsmaßnahmen zum Umgang mit hautschädigenden Stoffen oder für das Heben und Tra-

gen von Lasten sein. Selten sind sie allein ausreichend und daher regelmäßig mit technischen oder organisatorischen Maßnahmen zu verbinden.

Als technische Maßnahmen kann sich die Verbesserung der Schutz- oder Absaugvorrichtungen oder der Einsatz von ergonomisch optimierten Arbeitsmitteln anbieten. Ebenso kann das Gefährdungspotential durch Änderungen der Ablauforganisation oder der Arbeitsweisen einschließlich einer anderen Arbeitszeitverteilung wirksam verringert werden. Soweit möglich sollten gefährlicher Arbeitsstoffe durch weniger gefährliche ersetzt werden. Auch bei den persönlichen Schutzmaßnahmen kann oft durch geringe Ausstattungsverbesserung z.B. des Hörschutzes, der Hautpflege oder der Schutzkleidung viel erreicht werden.

### Vorbeugende medizinische Maßnahmen

Von großer Wichtigkeit für den erkrankten Versicherten ist sein Anspruch auf Heilbehandlung. Die Leistungen der Unfallversicherungsträger sind hier spezifischer und weitergehender als diejenigen der Krankenkassen. Vor allem werden sie primär von arbeitsmedizinisch erfahrenen und spezialisierten Ärzten erbracht. Der Versicherungsfall aus § 3 BKV gibt qualitativ denselben Anspruch auf medizinische Rehabilitation und Teilhabe [18] wie der große Versicherungsfall. Er kann ambulant, teilstationär oder durch stationäre Therapieprogramme erbracht werden. Ziel der Therapie ist es, die Gesundheitsstörungen im Vorfeld der Berufskrankheit zu beheben bzw. eine Chronifizierung oder Verschlimmerung und damit den Eintritt des großen Versicherungsfalles zu vermeiden.

### Anspruch auf Lohnersatzleistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Nach der Literatur [19] besteht zumindest dann unstreitig ein Verletztengeldanspruch aus § 26 i. V. m. §§ 45 ff SGB VII, falls die Arbeitsunfähigkeit nicht schon bei Übernahme der Heilbehandlung bestand, sondern erst durch die vom Unfallversicherungsträger veranlasste (stationäre) Heilbehandlungsmaßnahme herbeigeführt wird. Dementsprechend lehnen die meisten Berufsgenossenschaften zumindest bei ambulanter Heilbehandlung trotz Arbeitsunfähigkeit die Zahlung von Verletztengeld ab. Zur Begründung verweist man auf den Anspruch gegenüber der Krankenkasse.

Die Begrenzung des Verletztengeldanspruches war schon immer unsystematisch. Seit Verkündung des SGB IX ist sie gesetzeswidrig.

Unsystematisch ist die Verweigerung des Verletztengeldes aus folgenden Gründen:

1. Liegt entweder der Versicherungsfall § 3 BKV vor oder nicht. Zur Begrenzung des Leistungsfalles Verletztengeld auf § 45 I Nr. 1, 2. Alt. SGB VII innerhalb eines einheitlichen Versicherungsfalles fehlt die Rechtsgrundlage.
2. Die Maßnahme „zu Lasten der Krankenkasse“ zu organisieren widerspricht dem Konzept der Risikozuweisung im gegliederten System. Das Risiko § 3 BKV ist der DGUV zugewiesen, sodass auch von der DGUV die Lasten (Kosten der Arbeitsunfähigkeit) zu tragen sind.
3. Die Therapie der Krankheit und der Ausgleich des durch sie verursachten Lohnausfalles gehören wegen der

Wechselwirkung beider Ansprüche in die Hand eines Versicherungsträgers [20]. Dem Autor liegen Fälle vor, wo die krankengeldzahlende Krankenkasse über die stufenweise Wiedereingliederung oder über den § 51 SGB V die Tätigkeitsaufnahme bzw. den Übergang zur Erwerbsminderungsrente erzwingen will, während die DGUV zur sicheren Noxenmeidung eine stationäre Heilbehandlung einleitet. Wie sich hier der Versicherte fühlt, bedarf keiner Beschreibung. Selbstredend finden wir in diesen Fällen entgegen § 10 SGB IX niemals einen trägerübergreifenden Rehabilitationsplan.

Gesetzeswidrig ist die Verweigerung des Verletztengeldes bei Übernahme der Heilbehandlung für eine Arbeitsunfähigkeit verursachenden Erkrankung weil § 45 I Nr. 2 SGB IX i. V. m. § 44 I Nr. 1 SGB IX [21] bestimmen, dass die soziale Absicherung des Rehabilitanden während der Dauer der Hauptleistung – also der medizinischen Rehabilitation – als ergänzende Leistung von dem Träger zu erbringen ist, der die Leistung der Rehabilitation erbringt. Denn das Verletztengeld ist als „ergänzende“ Leistung akzessorisch zur Hauptleistung, d. h. es kann nur vom gleichen Rehabilitationsträger wie die Hauptleistung bezogen werden [22]. Das folgt zudem bereits aus § 4 II 2 SGB IX, wonach die Träger verpflichtet sind, ihre Leistungen so vollständig zu erbringen, dass es keiner Leistungen anderer Träger bedarf.

### Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ist die Gefahr der Erkrankung trotz aller Anstrengungen nicht anders zu beseitigen, kommt als ultima ratio der Prävention aus § 3 BKV die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit in Betracht. Hat der Versicherte auf Empfehlung der BG oder aus eigenem Antrieb zur Gefahrenabwehr die Tätigkeit aufgegeben, stehen ihm die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 35 SGB VII i. V. m. §§ 33 ff SGB IX zur Verfügung, um möglichst unverzüglich eine neue Berufschance zu erhalten. Dies reicht von der einfachen Umsetzung im Rahmen des Rehamanagements beim alten Arbeitgeber, über die Reintegration bei einem neuen Arbeitgeber mit Hilfe eines Integrationsfachdienstes bis hin zur Umschulung in einen neuen Beruf. Diese Leistungen können zur Unterstützung der Wiedereingliederung gekoppelt werden mit erheblichen Geldleistungen für den (neuen) Arbeitgeber.

## Übergangsleistungen zum Minderverdienstaussgleich

Zum Ausgleich etwaiger Verdiensteinbußen oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile stehen dem Versicherten aus § 3 II BKV – also ebenfalls unabhängig von etwaigen Rentenansprüchen aus einem großen Versicherungsfall – Geldleistungen als sog. Übergangsleistungen bei Tätigkeitsaufgabe zur Seite. Je nach Situation und Bedarf des Betroffenen kann er eine Einmalzahlung bis zur Höhe der Vollrente oder monatlich wiederkehrende Leistungen bis zur Dauer von fünf Jahren beanspruchen.

Zusammenfassend bietet der Versicherungsfall Prävention ein breit gefächertes Spektrum an Leistungen, die zielgenaue und bedarfsgerechte Interventionen zur Vermeidung von Berufserkrankungen ermöglichen.

### Kontakt

Reinhard Holtstraeter  
Lorichsstrasse 17  
22307 Hamburg  
Telefon +49 40 63 31 49 91  
Mobil +49 177 7140951  
Fax +49 40 63 31 49 97  
E-Mail: mail@ra-holtstraeter.de

### Anzeige



## Qualifikation im Arbeitsschutz.

- **Fachkraft für Arbeitssicherheit (FaSi)**  
Köln 14.03.2011 (Beginn)
- **Arbeitsschutzmanagement-Auditor/-in (TÜV)**  
Berlin-Spandau 01.-02.03.2011 + 16.-18.03.2011  
Nürnberg 10.-11.03.2011 + 16.-18.03.2011
- **Die neue Gefahrstoffverordnung 2010**  
Köln 22.02.2011  
Berlin-Spandau 15.03.2011  
Nürnberg 28.03.2011
- **Beauftragte/Fachkundige nach Gefahrstoffverordnung**  
Berlin-Spandau 21.-23.02.2011  
Nürnberg 21.-23.03.2011  
Köln 28.-30.03.2011
- **Rechtliche Verantwortung von Führungskräften**  
Berlin-Spandau 04.04.2011  
Köln 12.04.2011  
Hamburg 14.04.2011

Weitere Seminare unter: [www.tuv.com/seminare-arbeitsschutz](http://www.tuv.com/seminare-arbeitsschutz)

TÜV Rheinland Akademie GmbH  
Am Grauen Stein · 51105 Köln  
Tel. 0800 8484006  
[servicecenter@de.tuv.com](mailto:servicecenter@de.tuv.com)



## Anmerkungen

- [1] *Otto Fürst von Bismarck, 1871 bis 1890 erster Reichskanzler des Deutschen Reiches*
- [2] *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*
- [3] *Berufskrankheitenverordnung*
- [4] *Vgl. Mehrrens-Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, § 3, Rn. 3.2*
- [5] *vgl. § 84 II SGB IX*
- [6] *herrschende Meinung: vgl. Schlaeger, BeckOK, § 202 SGB VII, Rn. 2; Ricke, Kasseler Kommentar, § 202 SGB VII, Rn. 3*
- [7] *so auch Schmitt, SGB VII, § 202, Rn. 6*
- [8] *BSG vom 07.09.2004 – B 2 U 1/03 R; BSG vom 16.11.2005 – B 2 U 28/04 R; BSG vom 12.01.2010 – B 2 U 33/08 R*
- [9] *Vgl. z.B.: Koch in Lauterbach, § 9 SGB VII, Anh III, § 3 BKV, Rn. 11, 11a; Mehrrens-Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, § 3, Rn. 2*
- [10] *BSG vom 12.01.2010 – B 2 U 33/08 R*
- [11] *Vgl. BSG vom 12.01.2010 – B 2 U 33/08 R*
- [12] *siehe unten*
- [13] *Andere Handhabungen bestehen z. T. bei Übergangsleistungen und Anträgen der Versicherten.*
- [14] *Das Schreiben vom 03.09.2010 liegt dem Autor im Original vor.*
- [15] *Vgl. hierzu: Mehrrens-Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, § 3, Rn. 3.6*
- [16] *Vgl.: BSG vom 07.09.2004 – B 2 U 1/03 R; BSG vom 16.11.2005 – B 2 U 28/04 R; BSG vom 12.01.2010 – B 2 U 33/08 R*
- [17] *Mehrrens-Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, § 3, Rn. 3.2 f*
- [18] *§§ 26 ff SGB VII i. V. m. §§ 26 ff SGB IX*
- [19] *Koch in Lauterbach, § 9 SGB VII, Anh III, § 3 BKV Rn. 72; Mehrrens-Brandenburg, Die Berufskrankheitenverordnung, § 3, Rn. 3.6*
- [20] *Vgl.: „Alles aus einer Hand“ – Dieses Prinzip bestimmt seit jeher das Handeln der Unfallversicherungsträger, Habekost/Krause, Grundpositionen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, DGUV Forum 9/10, 2010, S. 38*
- [21] *siehe § 26 I SGB VII: Heilbehandlung ist unter „Beachtung des Neunten Buches“ zu erbringen.*
- [22] *Vgl. Jabben, BeckOK, § 44 SGB IX, vor Rn. 1*