

Die Rentenversicherung

Organ für den Bundesverband der Rentenberater e.V.

50. Jahrgang, Heft 4, April 2009

Inhalt

Abhandlungen

- Neue Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung in Zusammenhang mit flexiblen
Arbeitszeitregelungen
Von Horst Marburger 61
- Wann Zusatzversicherungen sinnvoll und wann sie nicht notwendig sind
Von Dr. jur. Dieter Leopold 65

Zum Zeitgeschehen

- Nachrichten aus der Sozialversicherung
Zusammengestellt von Dr. jur. Dieter Leopold 66

Rechtsprechung

- Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Rentenversicherungsrecht
Von Karl Rieker 69
- Kurzberichte über Rechtsprechung in der (Kranken- und) Rentenversicherung
Zusammengestellt von Gustav Figge 75
- Kostentragungspflicht für Untätigkeitsklage
Mitgeteilt von Peter Schulz 78
- Für Sie gelesen** 79

Größe zeigen ...



Astrid Koser

...kann laut einer aktuellen Medienkampagne der Deutschen Rentenversicherung, wer seine Haushaltshilfe anmeldet. Mit stattlichem Werbeetat wird eine geschätzte Million privater Arbeitgeber genau dazu ermuntert; sollte das allerdings versäumt werden, drohe große Gefahr.

Über das Haushaltscheckverfahren klären wegen damit verbundener Steuervergünstigungen natürlich und richtigerweise die steuerberatenden Berufe auf.

Auch Rentenberater warnen immer wieder vor Schwarzarbeit – im Privatbereich denken sie dabei speziell an das Unfallversicherungsrecht und die Folgen von Arbeitsunfällen.

Wahre Begebenheit: Für insgesamt einmalige 100 Euro will eine Frau an zehn Tagen im Monat nachbarschaftliche Haushaltshilfe leisten, bei Verzicht auf Versicherungsfreiheit. Dank der Internet-Rechner waren Anmeldung und Nettolohnberechnung leicht – ein ganz normaler Vorgang?

Verwunderung löste der Bescheid der Minijobzentrale aus: Bei einem so hohen (?) Lohn ist das Haushaltscheckverfahren nicht anwendbar, zuständig seien Krankenkasse und BG.

Widerspruch durch daraufhin eingeschalteten Rentenberater – mit ihm wollte die Minijobzentrale zunächst nicht verhandeln –, dann trudelten doch An- und Abmeldebescheinigung sowie Beitragsbescheid ein.

Mehr Verlässlichkeit durch Kompetenzbündelung?

Fünf Jahre besteht diese Minijob-Zentrale, sie verschreckt Größe-zeigende private Arbeitgeber mit unverständlich-unsinnigen Schreiben und Bescheiden.

Bürgergerecht? Rentenberater schmunzeln darüber.

Rentenberaterin Astrid Koser

Neue Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung in Zusammenhang mit flexiblen Arbeitszeitregelungen

Von Horst Marburger

1. Allgemeines

Flexible Arbeitszeitregelungen werden in der deutschen Wirtschaft seit langem angewandt. Sie waren auch bisher bereits durch entsprechende Regelungen im Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (SGB IV) sozialversicherungsrechtlich abgesichert.

Zum 1.1.2009 hat es hier aber erhebliche Änderungen gegeben. Rechtsgrundlage ist dabei das Gesetz zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen und zur Änderung anderer Gesetze vom 21.12.2008 (BGBl. I S. 2940).

Durch dieses Gesetz, das auch als zweites „Flexigesetz“ bezeichnet wird, ist das Recht der flexiblen Arbeitszeit im sozialrechtlichen Bereich neu geregelt worden. Dadurch erhält auch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DVRB) neue Aufgaben.

2. Versicherungspflicht auch in Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung

Eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne und damit Versicherungsschutz besteht auch in Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung von mehr als einem Monat. Angesprochen sind hier so genannte Blockarbeitszeitregelungen. Dabei geht es darum, dass ein Arbeitnehmer – bei gekürztem Entgelt – eine bestimmte Zeit voll arbeitet und dann in einem weiteren Block eine Freistellung von der Arbeitsleistung erfolgt.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass während der Freistellung Arbeitsentgelt aus einem Wertguthaben fällig ist. Außerdem darf das monatlich fällige Arbeitsentgelt in der Zeit der Freistellung nicht unangemessen von dem für die vorausgegangenen zwölf Kalendermonaten abweichen, in denen Arbeitsentgelt bezogen wurde.

Neu ist, dass – mit Wirkung ab 1.1.2009 – die Regelung gestrichen worden ist, wonach geringfügig entlohnte Beschäftigte, also so genannte 400-Euro-Kräfte, hier nicht erfasst wurden. Damit steht fest, dass eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne auch dann erhalten bleibt, wenn das monatliche Arbeitsentgelt 400 Euro nicht übersteigt.

Handelt es sich um Personen, die regelmäßig nicht mehr als 400 Euro im Monat beziehen, sind sie nicht versicherungspflichtig. In der Rentenversicherung können sie aber auf die Versicherungsfreiheit verzichten.

Beginnt ein Beschäftigungsverhältnis mit einer Zeit der Freistellung gilt § 7 Abs. 1 a Nr. 2 SGB IV entsprechend. Dies bedeutet, dass das monatlich fällige Arbeitsentgelt in der Zeit der Freistellung nicht unangemessen von dem für die vorausgegangenen 12 Kalendermonate abweichen darf, in denen Arbeitsentgelt bezogen wurde.

Eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt besteht während der Zeit der Freistellung auch, wenn die Arbeitsleistung, mit der das Arbeitsentgelt später erzielt werden soll, wegen einer im Zeitpunkt der Vereinbarung nicht vorhersehbaren Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr erbracht werden kann.

Die Vertragsparteien können einen anderen Verwendungszweck vereinbaren. Das ist nur für den Fall möglich, dass Wertguthaben wegen der Beendigung der Beschäftigung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit des Beschäftigten nicht mehr für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung verwendet werden können. Das gilt auch wenn sich die Vereinbarung auf das Erreichen einer Altersgrenze, zu der eine Altersrente beansprucht werden kann, oder des Todes des Beschäftigten richtet.

Die vorstehenden Ausführungen gelten nicht für Beschäftigte auf die Wertguthaben übertragen werden.

Bis zur Herstellung einheitlicher Einkommensverhältnisse im Inland werden Wertguthaben, die durch Arbeitsleistung im Beitrittsgebiet erzielt werden, getrennt erfasst. Sind für die Beitrags- oder Leistungsberechnung im Beitrittsgebiet und im übrigen Bundesgebiet unterschiedliche Werte vorgeschrieben, sind die Werte maßgebend, die für den Teil des Inlandes gelten, in dem das Wertguthaben erzielt worden ist.

Bereits seither sah § 7 Abs. 1 b SGB IV vor, dass die Möglichkeit eines Arbeitnehmers zur Vereinbarung flexibler Arbeitszeiten nicht als eine die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber begründende Tatsache im Sinne des Kündigungsschutzgesetzes gilt.

Neu ist, dass eine Beschäftigung auch dann als fortbestehend gilt, wenn Arbeitsentgelt aus einem der DRVB übertragenen Wertguthaben (beachten Sie dazu die Ausführungen unter 7.) bezogen wird.

Diese Regelung gilt allerdings erst ab 1.7.2009.

3. Wertguthabenvereinbarungen

§ 7 b SGB IV beschäftigt sich mit Wertguthabenvereinbarungen. Um eine solche Vereinbarung handelt es sich, wenn der Aufbau des Wertguthabens aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung erfolgt.

Die Vereinbarung darf allerdings nicht das Ziel der flexiblen Gestaltung der werktäglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit oder den Ausgleich betrieblicher Produktions- und Arbeitszyklen verfolgen.

Arbeitsentgelt muss in das Wertguthaben eingebracht werden, um es für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu entnehmen.

Das aus dem Wertguthaben fällige Arbeitsentgelt muss mit einer vor oder nach der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit liegenden Arbeitsleistung erzielt werden.

Das fällige Arbeitsentgelt muss insgesamt monatlich 400 Euro übersteigen.

Das gilt dann nicht, wenn die Beschäftigung vor der Freistellung als geringfügige Beschäftigung ausgeübt wurde.

4. Verwendung von Wertguthaben

Mit der Verwendung der Wertguthaben beschäftigt sich § 7c SGB IV. Zunächst wird hier darauf hingewiesen, dass das Wertguthaben aufgrund einer Vereinbarung für gesetzlich geregelte Freistellungen von der Arbeit oder für gesetzliche geregelte Verringerungen der Arbeitszeit verwendet werden kann.

Dies gilt insbesondere für vier Sachverhalte, auf die im Gesetz beispielhaft verwiesen wird.

Zunächst wird hier die Pflege eines nahen Angehörigen im Rahmen der Pflegezeit angesprochen.

Das Wertguthaben kann auch dann in Anspruch genommen werden, wenn der Beschäftigte während einer Elternzeit sein Kind selbst betreut und erzieht.

Das Wertguthaben kann auch für eine Zeit beansprucht werden, für die der Beschäftigte eine Verringerung seiner vertraglich vereinbarten Arbeitszeit nach § 8 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) verlangen kann. Die vorstehende Vorschrift bestimmt, dass ein Arbeitnehmer, dessen Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate bestanden hat, verlangen kann, dass seine vertraglich vereinbarte Arbeitszeit verringert wird. Dabei gilt § 8 TzBfG mit der Maßgabe, dass die Verringerung der Arbeitszeit auf die Dauer der Entnahme aus dem Wertguthaben befristet werden kann.

Ein Wertguthaben kann aber auch für vertraglich (nicht gesetzlich) vereinbarte vollständige oder teilweise Freistellungen von der Arbeitsleistung oder für vertraglich vereinbarte Verringerungen der Arbeitszeit verwendet werden.

Insbesondere gilt dies für Zeiten, die unmittelbar vor dem Zeitpunkt liegen, zu dem der Beschäftigte eine Rente wegen Alters bezieht oder beziehen könnte.

Das Gleiche gilt für Zeiten, in denen der Beschäftigte an beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen teilnimmt.

5. Führung und Verwaltung von Wertguthaben

Rechtsgrundlage für die Führung und Verwaltung von Wertguthaben ist § 7d SGB IV. Zunächst wird hier bestimmt, dass Wertguthaben als Arbeitsentgeltguthaben (einschließlich des darauf entfallenden Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag) zu führen sind. Die Arbeitszeitguthaben sind in Arbeitsentgelt umzurechnen.

Ausdrücklich vorgeschrieben ist im Übrigen, dass die Arbeitgeber Beschäftigte mindestens einmal jährlich in Textform über die Höhe ihres im Wertguthaben enthaltenen Arbeitsentgeltguthabens zu unterrichten haben.

Für die Anlage von Wertguthaben gelten die Vorschriften über die Anlage der Mittel von Versicherungsträgern nach dem SGB IV entsprechend. Maßgebend sind hier die §§ 83 bis 86 SGB IV. In § 83 SGB IV wird bestimmt, welche Anlageformen für die Anlegung der Rücklage der Versicherungsträger infrage kommen.

Die erwähnten Vorschriften gelten für das Wertguthaben allerdings mit der Maßgabe, dass eine Anlage in Aktien oder Aktienfonds bis zu einer Höhe von 20 Prozent zulässig ist.

Außerdem muss ein Rückfluss zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Wertguthabens mindestens in der Höhe des angelegten Betrages gewährleistet sein. Ein höherer Anlagenteil in Aktien oder Aktienfonds ist insbesondere dann zulässig, wenn dies in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung geregelt ist.

Das Gleiche gilt, wenn das Wertguthaben nach der Wertguthabenvereinbarung ausschließlich für Freistellungen in Anspruch genommen werden kann, die unmittelbar vor einem möglichen Rentenbeginn liegen.

6. Insolvenzschutz

§ 7e SGB IV verpflichtet die Vertragsparteien, im Rahmen ihrer Wertguthabenvereinbarung durch den Arbeitgeber zu erfüllende Vorkehrungen zu treffen. Dadurch ist das Wertguthaben einschließlich des darin enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrages gegen

das Risiko der Insolvenz des Arbeitgebers vollständig abzusichern.

Dies hat zu geschehen,

- soweit ein Anspruch auf Insolvenzgeld nicht besteht und
- wenn das Wertguthaben des Beschäftigten einschließlich des darin enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrages einen Betrag in Höhe der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

Die Bezugsgröße beläuft sich 2009 monatlich

- im Westen Deutschlands auf 2.520 Euro und
- im Beitrittsgebiet auf 2.135 Euro.

In einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung kann ein von Vorstehendem abweichender Betrag vereinbart werden.

Zur Erfüllung dieser Verpflichtung sind Wertguthaben durch einen Dritten zu führen, der im Fall der Insolvenz des Arbeitgebers für die Erfüllung der Ansprüche aus dem Wertguthaben eintritt. Dabei muss die Möglichkeit der Rückführung ausgeschlossen sein. Das Gesetz nennt in diesem Zusammenhang „insbesondere“ ein Trauhandverhältnis. Dieses Verhältnis muss die unmittelbare Übertragung des Wertguthabens in das Vermögen des Dritten und die Anlage des Wertguthabens auf einem offenen Trauhandkonto oder in anderer geeigneter Weise sicherstellen.

Die Vertragsparteien können in der Wertguthabenvereinbarung ein anderes, einem Treuhandverhältnis im vorstehenden Sinne gleichwertiges Sicherungsmittel vereinbaren. Dabei geht es insbesondere um ein Versicherungsmodell oder ein schuldrechtliches Pfändungs- oder Bürgschaftsmodell mit ausreichender Sicherung gegen Kündigung.

Keine geeigneten Vorkehrungen sind – so bestimmt es § 7e Abs. 3 SGB IV ausdrücklich – bilanzielle Rückstellungen sowie zwischen Konzernunternehmen begründete Einstandspflichten. Dazu gehören insbesondere Bürgschaften, Patronatserklärungen oder Schuldenbeiträge.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den Beschäftigten unverzüglich über die Vor-

kehrungen zum Insolvenzschutz in geeigneter Weise schriftlich zu unterrichten.

§ 7e Abs. 5 SGB IV beschäftigt sich mit der Möglichkeit, dass der Beschäftigte die Wertguthabenvereinbarung kündigt, wenn der Arbeitgeber seinen Verpflichtungen zum Schutz des Wertguthabens nicht nachkommt. Zu diesem Zweck muss der Arbeitnehmer seinen Arbeitgeber schriftlich auffordern, seine Verpflichtungen zu erfüllen. Weist der Arbeitgeber dem Beschäftigten nicht innerhalb von zwei Monaten nach der Aufforderung die Erfüllung seiner Verpflichtung zur Insolvenzversicherung des Wertguthabens nach, kann der Beschäftigte die Wertguthabenvereinbarung mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Wertguthaben ist dann aufzulösen. Dies hat nach Maßgabe des § 23b Abs. 2 SGB IV zu geschehen.

§ 7e Abs. 6 SGB IV beschäftigt sich mit Feststellungen der Rentenversicherungsträger im Rahmen von Betriebsprüfungen bei den Arbeitgebern. Wird insbesondere festgestellt, dass für ein Wertguthaben keine Insolvenzschutzregelung getroffen worden ist, wird in dem Prüfbescheid der in dem Wertguthaben enthaltene und vom Arbeitgeber zu zahlende Gesamtsozialversicherungsbeitrag ausgewiesen. Das Gleiche gilt, wenn die gewählten Sicherungsmittel im obigen Sinne nicht geeignet sind oder in ihrem Umfang das Wertguthaben um mehr als 30 Prozent unterschreiten. Die vorstehende Regelung ist ebenfalls anzuwenden, wenn die Sicherungsmittel den im Wertguthaben enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrag nicht umfassen.

Die Aufnahme des Gesamtsozialversicherungsbeitrages in den Prüfbescheid (Verwaltungsakt) bedeutet, dass er sofort zu zahlen ist. Weist der Arbeitgeber dem Rentenversicherungsträger aber innerhalb von zwei Monaten nach der Feststellung der Betriebsprüfung nach, dass er seiner Verpflichtung nachgekommen ist, entfällt die Verpflichtung zur sofortigen Beitragszahlung.

Hat der Arbeitgeber den Nachweis gegenüber dem Rentenversicherungsträger nicht innerhalb der genannten Frist erbracht, ist die Wertguthabenvereinbarung als von Anfang an unwirk-

sam anzusehen. Das Wertguthaben ist aufzulösen.

Kommt es wegen eines nicht geeigneten oder nicht ausreichenden Insolvenzschutzes zu einer Verringerung oder einem Verlust des Wertguthabens, haftet der Arbeitgeber für den entstandenen Schaden. Wenn es sich bei dem Arbeitgeber um eine juristische Person oder eine Gesellschaft ohne Rechtspersönlichkeit handelt, haften auch die organschaftlichen Vertreter gesamtschuldnerisch für den Schaden. Hat der Arbeitgeber oder ein organschaftlicher Vertreter den Schaden nicht zu vertreten, haften sie nicht.

§ 7e Abs. 8 SGB IV erklärt es für unzulässig, die Vorkehrungen zum Insolvenzschutz vor der bestimmungsgemäßen Auflösung des Wertguthabens zu beenden, aufzulösen oder zu kündigen. Das gilt nur dann nicht, wenn die Vorkehrungen mit Zustimmung des Beschäftigten durch einen mindestens gleichwertigen Insolvenzschutz abgelöst werden.

Gegenüber öffentlich-rechtlichen Arbeitgebern finden die Vorschriften über den Insolvenzschutz keine Anwendung.

7. Übertragung von Wertguthaben

§ 7f SGB IV beschäftigt sich mit der Übergabe von Wertguthaben. Hier wird für die Zeit vom 1.1. bis 30.6.2009 bestimmt, dass der Arbeitnehmer durch schriftliche Erklärung gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber verlangen kann, dass das Wertguthaben auf den neuen Arbeitgeber übertragen wird. Voraussetzung ist, dass der neue Arbeitgeber mit dem Beschäftigten eine Wertguthabenvereinbarung abgeschlossen und der Übertragung zugestimmt hat.

Ab 1.7.2009 kann der Beschäftigte ebenfalls schriftlich vom bisherigen Arbeitgeber den Übertrag des Wertguthabens auf den neuen Arbeitgeber verlangen. Voraussetzung ist auch hier, dass der neue Arbeitgeber eine Wertguthabenvereinbarung abgeschlossen und der Übertragung zugestimmt hat.

Neu ist aber ab 1.7.2009, dass der Beschäftigte vom bisherigen Arbeitgeber verlangen kann, dass das Wertguthaben auf die DRVB übertragen wird.

Voraussetzung ist, dass das Wertguthaben einschließlich des Gesamtsozialversicherungsbeitrages einen Betrag in Höhe des Sechsfachen der monatlichen Bezugsgröße übersteigt. Die Rückübertragung ist ausgeschlossen.

Das Sechsfache der monatlichen Bezugsgröße beträgt 2009

- in den alten Bundesländern 15.120 Euro und
- in den neuen Ländern 12.810 Euro.

Nach der Übertragung sind die mit dem Wertguthaben verbundenen Arbeitgeberpflichten vom neuen Arbeitgeber oder von der DRVB zu erfüllen.

Erfolgte eine Übertragung auf die DRVB, kann der Beschäftigte das Wertguthaben für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung und Zeiten der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitsleistung in Anspruch nehmen. Das gilt auch für außerhalb eines Arbeitsverhältnisses liegende Zeiten.

Wichtig: Der Antrag ist spätestens einen Monat vor der begehrten Freistellung schriftlich bei der DRVB zu stellen. In dem Antrag muss auch angegeben werden, in welcher Höhe Arbeitsentgelt aus dem Wertguthaben entnommen werden soll.

Die DRVB verwaltet die ihr übertragenen Wertguthaben einschließlich des darin enthaltenen Gesamtsozialversicherungsbeitrages als ihr übertragene Aufgabe bis zu deren endgültiger Auflösung getrennt von ihrem sonstigen Vermögen treuhänderisch.

Die Wertguthaben sind nach den Vorschriften über die Anlage der Mittel von Versicherungsträgern anzulegen (vgl. hierzu die obigen Ausführungen).

Die der DRVB durch die Übertragung, Verwaltung und Verwendung von Wertguthaben entstehenden Kosten sind vollständig vom Wertguthaben in Abzug zu bringen. Sie sind in der Mitteilung an den Beschäftigten (vgl. § 7d Abs. 2 SGB IV und die Ausführungen unter 5.) gesondert auszuweisen.

8. Bericht der Bundesregierung

Nach § 7g SGB IV hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31.3.2012 über die Auswirkungen des zweiten „Flexi-Gesetzes“ zu berichten. Zu berichten ist

insbesondere über die Entwicklung den Inanspruchnahme und Nutzung von Wertguthaben. Das Gleiche gilt für den Umfang und die Kosten der an die DRVB übertragenen Wertguthaben. Es gilt ferner für die wegen Insolvenz des Arbeitgebers ersatzlos aufgelösten Wertguthaben und sonstigen Arbeitszeitguthaben. Die Bundesregierung macht gegebenenfalls Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Insolvenzschutzes. § 7g SGB IV tritt am 31.12.2012 wieder außer Kraft.

9. Beitragspflichtige Einnahmen bei flexiblen Arbeitszeitregelungen

Bei Wertguthaben ist für Zeiten der tatsächlichen Arbeitsleistung und für Zeiten der Inanspruchnahme des Wertguthabens das in dem jeweiligen Zeitraum fällige Arbeitsentgelt im sozialversicherungsrechtlichen Sinne anzusehen.

Soweit das Wertguthaben nicht vereinbarungsgemäß verwendet wird, ist als Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung die Summe der Arbeitsentgelt maßgebend, die zum Zeitpunkt der tatsächlichen Arbeitsleistung ohne Berücksichtigung der Wertguthabvereinbarung beitragspflichtig gewesen wären.

Die Beitragsbemessungsgrenzen sind nicht zu berücksichtigen.

Das Wertguthaben wird insbesondere dann nicht vereinbarungsgemäß verwendet, wenn es nicht laufend für eine Zeit der Freistellung von der Arbeitsleistung oder der Verringerung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit in Anspruch genommen wird. Das Gleiche gilt, wenn es nicht mehr für solche Zeiten gezahlt werden kann, da das Beschäftigungsverhältnis vorzeitig beendet wurde.

Maßgebend für die Berücksichtigung als Arbeitsentgelt ist höchstens der Betrag des Wertguthabens aus diesen Entgelten zum Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts.

Dabei ist der Zeitraum ab dem Abrechnungsmonat der ersten Gutschrift auf einem Wertguthaben bis zum Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen. Sieht die Vereinbarung vor, dass das Wertguthaben an einen be-

stimmten Wertmaßstab gebunden ist, ist als Höchstbetrag der Berechnung der zum Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des Arbeitsentgelts maßgebende angepasste Betrag zu berücksichtigen.

Im Falle der Insolvenz des Arbeitgebers gilt als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt höchstens der Betrag, der als Arbeitsentgelt den gezahlten Beiträgen zugrunde liegt.

Der für den jeweiligen Entgeltabrechnungszeitraum geltende Beitrag und die hier maßgebende Einzugsstelle ist zuständig. Für Beschäftigte, die bei keiner gesetzlichen Krankenkasse (Einzugsstelle) versichert sind, wählt der Arbeitgeber die Einzugsstelle.

Die Beiträge sind mit den Beiträgen der Entgeltabrechnung für den Kalendermonat fällig, der dem Kalendermonat folgt, in dem im Fall der Insolvenz die Mittel für die Beitragszahlung verfügbar sind. Alternativ ist der Kalendermonat maßgebend, der dem Kalendermonat folgt, in dem das Arbeitsentgelt nicht zweckentsprechend verwendet wird.

Hat ein Rentenversicherungsträger den Eintritt verminderter Erwerbsfähigkeit festgestellt, gilt der Zeitpunkt des Eintritts der verminderten Erwerbsfähigkeit als Zeitpunkt der nicht zweckentsprechenden Verwendung des bis dahin erzielten Wertguthabens. In diesem Fall sind die Beiträge mit den Beiträgen der auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses folgenden Entgeltabrechnung fällig.

Ist für den Fall der Insolvenz des Arbeitgebers ein Dritter Schuldner des Arbeitsentgelts, erfüllt dieser insoweit die Pflichten des Arbeitgebers.

Ab 1.7.2009 gelten die Vorschriften über das Arbeitsentgelt bei seiner nicht bestimmungsgemäßen Verwendung auch bei Übertragung des Wertguthabens auf die DRVB.

Anschrift des Verfassers:

Fohlenweg 2/1

73312 Geislingen/Steige

Wann Zusatzversicherungen sinnvoll und wann sie nicht notwendig sind

Ein Vergleich lohnt sich immer – der Auslandskrankenschutz ist ein „Muss“

Von Dr. jur. Dieter Leopold

Während die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherungsunternehmen früher nur wenig Berührungspunkte hatten, sich vielmehr in teilweise erbitterter Konkurrenz gegenüberstanden, hat sich dieses Verhältnis in den letzten Jahren deutlich verändert, ja verbessert. Vielfach gibt es heute eine kooperative Zusammenarbeit. Dabei gewährleisten AOK, Betriebs- und Innungskassen, Ersatzkassen und Knappschaft ihren Versicherten quasi eine „Basisversicherung“, und die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) werben mit Zusatzversicherungen für die verschiedensten Bereiche.

Zusatzversicherungen haben in den vergangenen Jahren einen deutlichen Bestandszuwachs erfahren. Kennzeichnend dafür sind insbesondere zwei Faktoren: Durch die Einschnitte des Gesetzgebers in den Leistungsbereich der GKV halten immer mehr Krankenkassenmitglieder eine zusätzliche Absicherung für notwendig oder sinnvoll. Auch sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz seit 1. Januar 2004 Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen möglich geworden, was für viele Menschen den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung erleichtert hat. So wies die PKV zum Jahreswechsel 2007/08 über 20 Millionen Zusatzversicherungen auf. Hinzu kommen über 22,5 Millionen Auslandsreise-Krankenversicherungen.

Die Frage, welche Zusatzversicherungen notwendig, ja sinnvoll sind und welche nicht, versuchen wir, mit den folgenden Ausführungen zu beantworten. Bevor ein gesetzlich Krankensversicherter eine Zusatzversicherung abschließt, sollte er sich auf jeden Fall auf dem freien Markt nach Alternativen

erkundigen und die eingeholten Angebote genau miteinander vergleichen, möglicherweise auch einen Fachmann zu Rate ziehen.

Vorteile bei einer Krankenhausbehandlung

Zunächst zum stationären Bereich: Mehr als fünf Millionen Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen besitzen heute eine private Zusatzversicherung im Fall einer stationären Behandlung. Als wesentliche Vorteile werden dabei die freie Wahl der Klinik und das Recht – je nach Tarif – auf ein Ein- oder Zweibettzimmer herausgestellt. Auch bei der Behandlung sind Unterschiede nicht zu übersehen. Während sich Krankenkassenpatienten in der Regel mit dem diensthabenden Arzt zufrieden geben müssen, übernimmt eine Privatpolice die Kosten für Leitende Ärzte, möglicherweise auch durch den Professor. Einige Tarife schließen sogar eine nachstationäre Behandlung durch Spezialisten ein.

Eine Zusatzprämie hat natürlich ihren Preis. Je nach Versicherungsunternehmen, Leistungsumfang sowie Eintrittsalter und Geschlecht zahlen Kunden zwischen 30 und 70 Euro monatlich. Wer sich allerdings beim reinen Komfort beschränkt, kann viel Geld sparen.

Über eine Krankenhaustagegeldversicherung verfügen nach Angaben des PKV-Verbandes fast neun Millionen Menschen in Deutschland. Dabei erhält man für jeden Tag eines stationären Aufenthalts eine Entschädigung. Eine solche Versicherung ist allerdings nach Meinung von Verbraucherschützern nicht sonderlich nützlich. Stattdessen sollte man lieber eine Krankentagegeldpolice abschließen, um damit das von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlte Krankengeld aufzubessern. Da dieses

deutlich unter dem Nettogehalt liegt, sind vor allem Gutverdiener mit einer Krankentagegeldversicherung „für den Fall des Falles“ gut dran.

Während eine Krankenhauszusatzversicherung eine sinnvolle Ergänzung des gesetzlichen Krankenschutzgesetzes darstellt, wird von Zusatzpolicen im ambulanten Bereich weitgehend abgeraten; denn ambulante Zusatztarife, mit denen man beim Arzt oder Zahnarzt als Privatpatient behandelt wird, sind sehr teuer und verschlingen nicht selten Monatsbeiträge von mehr als 100 Euro.

Noch ein Wort zur Pflegezusatzversicherung: Da die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung oft nicht ausreichen, um die Kosten für das Heim oder die Pflege zu bezahlen, ist eine derartige Zusatzversicherung durchaus sinnvoll, um später nicht den Kindern zur Last zu fallen oder ein „Fall für das Sozialamt“ zu werden. Für eine Pflegetagegeldversicherung gilt: Je später das Eintrittsalter, desto höher die Prämie. Zudem sollte sich ein potenzieller Kunde sicher sein, die Beiträge für den Rest seines Lebens aufbringen zu können. Wer nämlich „aussteigen“ muss, verliert viel eingezahltes Geld.

Vorsicht ist im Zahnersatzbereich geboten

Nun auf den Zahnarztstuhl, zumal die Zahntarife mit fast elf Millionen Euro den Löwenanteil unter den privaten Zusatzversicherungen ausmachen. Hier zeichnet sich eine neue Tendenz ab. In vielen Fällen erhält ein Versicherter nur dann Leistungen, wenn auch die gesetzliche Krankenkasse in Anspruch genommen wird. Vorsicht ist auch in einem anderen Punkt geboten: Selbst wenn Implantate im privaten Versicherungsvertrag ausdrücklich eingeschlossen sind, verweigern private Versicherungsunternehmen zum Teil oft die Kostenübernahme mit dem Hinweis auf eine „fehlende medizinische Notwendigkeit“. Ohne den Einschluss dieses kostenintensiven Bereichs ist eine Zahn-Zusatzpolice aber kaum sinnvoll. Zudem muss der Kunde oft einige Monate warten, bis er Leistungen zum ersten Mal in Anspruch nehmen kann,

oder es existieren in den ersten Jahren Summenbegrenzungen.

Im ambulanten Bereich geht es auch um Brillen, Kontaktlinsen und Heilpraktikerbehandlung. Letztere gehörte allerdings noch nie zum Leistungskatalog der GKV. Eine Zusatzversicherung übernimmt zwischen 50 und 80 Prozent der Kosten – bis zu einem vertraglich festgelegten Höchstbetrag. Für Brillen und Kontaktlinsen zahlt die gesetzliche Krankenkasse bei erwachsenen Versicherten seit einigen Jahren nichts mehr. Einzige Ausnahme: Schwer-Sehbehinderte erhalten einen Zuschuss zu ihren Brillengläsern. Eine Zusatzversicherung übernimmt zwischen 80 und 100 Prozent der Kosten für die Sehhilfen, allerdings nur bis zu einem relativ bescheidenen Höchstbetrag. Da ist es eine Überlegung wert, sich das Geld für eine Sehhilfe möglicherweise selbst zusammenzusparen.

Wer seinen Urlaub jenseits der schwarz-rot-goldenen Grenzpfähle verbringt, für den ist eine Auslandsreise-Krankenversicherung mehr oder weniger ein „Muss“. Übernommen werden bei einer solchen Zusatzpolice die Kosten für medizinische Behandlung im Ausland und ein eventuell erforderlich werdender Rücktransport nach Hause, wenn er vom ausländischen Arzt als medizinisch notwendig bescheinigt wurde. Selbst in einem EU-Land oder in einem Staat, mit dem die Bundesrepublik ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat, bleiben Urlauber ohne diesen speziellen Versicherungsschutz oft zumindest auf einem Teil der Krankheitskosten sitzen.

Der Zukunftstrend geht zu noch mehr Kooperation

In jüngster Zeit schließen sich vermehrt Krankenkassen zusammen, so auch vor kurzem die Vereinigte Innungskrankenkasse (IKK) und die Betriebskrankenkasse (BKK) Signal Iduna. In der neuen Krankenkasse sehen sowohl GKV als auch PKV eine Möglichkeit, ihre Interessen bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens angemessen vertreten zu können. Auch die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und die BKK Allianz fusionierten zum 1. April

2009 und haben damit eine strategische Partnerschaft beschlossen, die weit über die bisher im Markt übliche Vertriebszusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hinausgeht und ein Modell für die Zukunft beinhaltet. So will die neue KKH Allianz den gesetzlich Krankenversicherten über eine Vertriebskooperation Zusatzversicherungen verkaufen. Denkbar ist es sogar, dass Allianz-Vertriebsmitarbeiter KKH-Angebote an den Kunden bringen werden. Es ist nicht zu übersehen, dass die Grenzen zwischen GKV und PKV immer mehr aufweichen, ja sich beide Systeme enger verzahnen. Vor allem im Bereich der Zusatzversicherungen sind solche neuen Krankenkassen, denen in absehbarer Zeit weitere ähnliche Zusammenschlüsse folgen dürften, für beide Seiten von großem

Interesse. Dabei ist das Ziel klar umrissen: Aus dem Verbund beider Systeme soll ein einziges Versorgungspaket werden – bestehend aus Grundleistungen, auf die entsprechende Zusatzversicherungen „aufgesattelt“ werden.

Relativ neu sind Wahltarife, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen selbst private Extras anbieten, seien es ein Selbstbehalt oder Prämienzahlungen bei nicht beanspruchten Leistungen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen und Gesundheitszustand des Versicherten. Im Falle eines Wahltarifs ist der Versicherte allerdings für drei Jahre an seine Krankenkasse gebunden.

Anschrift des Verfassers:
Scheffelstr. 17
97072 Würzburg

Zum Zeitgeschehen Nachrichten aus der Sozialversicherung

Zusammengestellt von Dr. jur. Dieter Leopold

Ein Rentenanstieg zum 1. Juli 2009 um 2,5 Prozent

Die rund 20 Millionen Rentnerinnen und Rentner in Deutschland können mit mehr Geld rechnen: Zum 1. Juli 2009 werden die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung voraussichtlich um 2,5 Prozent steigen. Dies ließ der rentenpolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Peter Weiß, verlauten. Diese Größenordnung habe ihm der Präsident der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, Dr. Herbert Rische, zugesichert. In den alten Bundesländern dürfte der Rentenanstieg etwas geringer ausfallen als in Ostdeutschland. Ursprünglich war der Schätzerkreis der DRV von einem Rentenanstieg um 2,75 Prozent ausgegangen. Die Höhe der genauen Rentenanpassung wird im Frühjahr 2009 festgelegt. Den genauen Wert setzt die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung fest. Im vergangenen Jahr hatten die Renten lediglich um 1,1 Prozent zugelegt.

Über eine Million Demenzzranke in Deutschland

Im Jahr 2007 lebten in Deutschland etwa 1,2 Millionen Menschen mit einer mittleren bis schweren Demenz. Das hat eine Studie des Max-Planck-Instituts ergeben. Die Wissenschaftler werteten dabei Zahlen aus dem Jahr 2002 aus und berechneten daraus auch Werte für das Jahr 2007. Sie konnten dabei aufzeigen, dass das Risiko, an Demenz zu erkranken, stark mit dem Alter zusammenhängt. Während von den 60- bis 64-Jährigen weniger als ein Prozent an der Krankheit leide, sind es bei den 80- bis 84-Jährigen schon mehr als zehn Prozent.

Die Kosten für eine Rentenanpassung in Ostdeutschland

Eine rasche Anpassung des Rentenwertes für die neuen Bundesländer (Rentenwert-Ost) auf das aktuelle Niveau Westdeutschlands (Rentenwert-West) würde die gesetzliche Rentenversicherung nach Meinung von Experten

sprengen. Die finanziellen Auswirkungen seien untragbar, warnte Prof. Dr. Franz Ruland, früherer Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), bei einer Anhörung im Deutschen Bundestag. Nach seinen Berechnungen würde das jährliche Defizit in der Rentenkasse-Ost um 50 Prozent auf schätzungsweise 20 Milliarden Euro ansteigen. Die Rentenversicherung in den alten Bundesländern muss nach Berechnungen der gesetzlichen Rentenversicherung in den nächsten zehn Jahren – 2010 bis 2020 – ohnehin weitere 160 Milliarden Euro an die Rentner in den neuen Bundesländern überweisen. Dieser West-Ost-Transfer würde auf rund 220 Milliarden Euro anwachsen, wenn mit der Angleichung der Rentenwerte nicht zugleich der gesamtdeutsche Rentenwert abgesenkt und die Höherbewertung der Ostlöhne beibehalten würde.

Ein „Quantensprung“ in der gesetzlichen Rentenversicherung

Mit neuen technischen Möglichkeiten für eine noch schnellere Datenverbindung und damit für einen schnelleren Zugriff auf die Rentenvorgänge haben die süddeutschen und südwestdeutschen Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) im Rechenzentrum Würzburg-Heuchelhof einen „Quantensprung“ in die Zukunft unternommen. Mit der Anbindung der Hauptstandorte und des Rechenzentrums über einen Glasfaserring können in Zukunft Daten mit mindestens 200 Megabit pro Sekunde, also 50- bis 100-mal schneller als bisher, abgelegt und angefordert werden. Auch die Verbindung zu den Außenstellen wird schneller. Diese werden mit bis zu zwei Megabit pro Sekunde direkt an das Rechenzentrum angeschlossen. Alle Verbindungen sind ausfallsicher angelegt und mit Firewalls und Verschlüsselung abgesichert. Die Verbindungen schaffen die Voraussetzung für eine weitere Beschleunigung der Verfahren sowie die Einführung neuer Anwendungen. Die Zusammenarbeit in einem Rechenzentrum ermöglicht zudem neue Synergien und senkt die Kosten der Datenverarbeitung.

Rentenkassen mit gutem Finanzpolster

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat das Jahr 2008 noch besser abgeschlossen als erwartet und hofft auch in diesem Jahr trotz der Wirtschaftskrise auf einen Milliardenüberschuss. Zum Jahresende hatte die DRV eine Rücklage von 16,3 Milliarden Euro angesammelt – rund 610 Millionen Euro mehr als noch im Oktober 2008 erwartet. Insgesamt nahmen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem vorläufigen Rechnungsergebnis 2008 dank sinkender Arbeitslosenzahlen und steigender Einnahmen 179,1 Milliarden Euro an Beiträgen ein. Das waren 5,3 Milliarden Euro (3,1 Prozent) mehr als im Vorjahr. Mit der Rücklage von 16,3 Milliarden Euro liegen nun 1,01 Monatsausgaben „auf der hohen Kante“. Gesetzliche Obergrenze sind 1,5 Monatsausgaben oder knapp 27 Milliarden Euro. Wenn sie erreicht sind, muss der Beitragssatz von heute 19,9 Prozentpunkten gesenkt werden. Nach bisheriger Erwartung könnte dies im Jahr 2011 der Fall sein. Trotz des erwarteten Anstiegs der Renten zur Jahresmitte um rund zwei Prozent erwartet die DRV für das laufende Jahr nochmals einen Haushaltsüberschuss von 1,1 Milliarden Euro. Die Rücklagen werden nach dieser Prognose bis zum Jahresende 2009 auf 18,1 Milliarden Euro oder 1,09 Monatsausgaben anwachsen. Grundlage für diese neue Prognose sind die nach unten korrigierten Annahmen des Jahreswirtschaftsberichts, so die DRV. Darin ist unterstellt, dass die Zahl der Beschäftigten um 0,8 Prozent sinkt und die beitragspflichtigen Entgelte nur um 2,1 Prozent (statt 2,8 Prozent) wachsen. Der Zuwachs der versicherungspflichtigen Bruttolohn- und -gehaltsumme liegt dieser Prognose zufolge statt bei 2,7 nur noch bei 1,3 Prozent.

Doping am Arbeitsplatz nimmt zu

Zwei Millionen Bundesbürger haben ihrer Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz schon einmal mit Psychopharmaka nachgeholfen, obwohl sie psychisch gesund sind. 800.000 von ihnen nehmen die leistungssteigernden Mittel im Job regelmäßig ein, teilweise mehrmals in

der Woche. So das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage unter 3.000 Arbeitnehmern, die die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) vorgestellt hat. Die Ursachen für das Doping am Arbeitsplatz sieht Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher – gerade in Zeiten der Wirtschaftskrise – in engem Zusammenhang mit dem wachsenden Wettbewerbs- und Leistungsdruck in der Arbeitswelt. Die wachsende Nachfrage nach Psychopharmaka geht einher mit einem starken Anstieg bei seelischen Krankheiten. Nach der DAK-Studie fehlten die Deutschen im Durchschnitt aufgrund psychischer Probleme im vergangenen Jahr um 7,9 Prozent häufiger als 2007. Psychische Leiden sind nach Muskel-Skelett-Problemen, Atemwegserkrankungen und Verletzungen die vierthäufigste Krankheitsart. Im vergangenen Jahrzehnt ist ihr Anteil am Krankenstand von 6,6 auf 10,6 Prozent gestiegen. Angesichts dieser Zahlen sprach Rebscher von einer „alarmierenden Entwicklung“ und prognostizierte für die Zukunft eine weitere Zunahme. Insbesondere chronischer Stress im Job sei ein ernsthafter Risikofaktor.

Basistarif der privaten Krankenversicherung löst keine Begeisterungstürme aus

Kaum Interesse am neuen Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV) zeigen potenzielle Kunden, und der Zustrom hält sich in Grenzen. Die großen Versicherungsunternehmen mit Millionen von Mitgliedern verzeichneten im Januar 2009 überraschend wenig Beitritte in den neuen Tarif, der vor seinem Start am 1. Januar 2009 einen heftigen Streit ausgelöst hatte. Wegen der gesetzlichen Vorgaben – Leistungsumfang wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, keine Gesundheitsprüfung, Zuschüsse für Geringverdiener – hatten die PKV-Unternehmen deutliche Kritik geübt und wollen den Basistarif vom Bundesverfassungsgericht „kippen“ lassen. Nach ihrer Argumentation untergräbt der Tarif das Geschäftsmodell der PKV, weil er mit einem monatlichen Höchstbetrag von 570 Euro nicht kostendeckend sei. Der Zuschussbedarf treibe die Kosten für

alle 8,5 Millionen Vollversicherten in die Höhe. Der Marktführer Debeka mit zwei Millionen Vollversicherten hat in den ersten Wochen nach dem Inkrafttreten nur 30 Personen neu in den Basistarif aufgenommen. Die Barmeria meldet bisher 220 neue Basistarif-Kunden und die HUK Coburg 53 Personen im Basistarif. Automatisch sind bisher rund 5.500 Personen aus dem Standardtarif in den neuen Basistarif übernommen worden.

Begründung für die „Flut an Widersprüchen und Klagen“

Der in den letzten Wochen in den Medien viel zitierte „Gesetzes-Murks“ ist – so die Bundesagentur für Arbeit (BA) – nicht der Hauptgrund für die dargestellte „Widerspruchs- und Klageflut“ gegen Hartz-IV-Bescheide. Die BA hat die Zahl der Widersprüche gegen Entscheidungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Hartz IV) im Jahr 2008 mit Erfahrungswerten aus der Arbeitslosenhilfe, die vor dem Arbeitslosengeld II (ALG II) bis 31. Dezember 2004 gezahlt wurde, verglichen. Demnach hat sich das Verhalten von Leistungsempfängern, rechtlich gegen Leistungsbescheide vorzugehen, kaum verändert. Der Anstieg an Widersprüchen und der sich daran anschließenden Klagen ist in erster Linie auf die deutlich höhere Zahl an Leistungsbeziehern zurückzuführen. So bezogen im Jahr 2004 etwa durchschnittlich 2,3 Millionen Menschen Arbeitslosenhilfe. Im vergangenen Jahr lag die Zahl der ALG-II-Empfänger bei 6,9 Millionen und war damit dreimal so hoch. Dem gegenüber standen rund 211.000 Arbeitslosenhilfe- bzw. 789.000 Hartz-IV-Widersprüche. Rein rechnerisch kam bei der Arbeitslosenhilfe somit auf elf Leistungsbezieher ein Widerspruch. Im Bereich des ALG II liegt das Verhältnis bei etwa neun zu eins. Dass jetzt anteilig mehr Menschen den Rechtsweg nutzen, sei nicht nur – so die BA – der Neuheit der Rechtsgrundlage und der existenziellen Bedeutung der Entscheidungen über die Leistungen geschuldet. Zu berücksichtigen sei auch, dass die frühere Arbeitslosenhilfe für jeweils ein Jahr bewilligt wurde, das ALG II hin-

gegen in der Regel für sechs Monate. Allein deshalb würden gegenüber der Arbeitslosenhilfe doppelt so viele Bescheide erstellt.

Die berufliche Rehabilitation hat abgenommen

Während 2002 mehr als 100.000 Personen bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) als berufliche Rehabilitanden anerkannt worden waren, belief sich ihre Zahl im Jahr 2007 nur noch auf rund 68.000. Mit dem Inkrafttreten der Hartz-IV-Reform hat sich dieser Trend verstärkt. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und der Universität Halle. Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen besitzen einen gesetzlich eingeräumten Anspruch auf Rehabilitation. Diese soll der Eingliederung in den Arbeitsmarkt dienen. Die Förderung setzt die Anerkennung des Rehabilitationsbedarfs durch die BA voraus. Immer mehr Menschen leiden – so die Studie – unter psychischen Problemen, die oft erst spät diagnostiziert werden. Mit der Einführung des Sozialgesetzesbuches II (SGB II) sei das Bewilligungsverfahren komplizierter geworden. Während das SGB II verstärkt auf Effizienz und beschleunigte Vermittlung abziele, betone das SGB IX die leidensgerechte und dauerhafte Integration. Bei der Umsetzung besitze die Kompetenz der Vermittler eine Schlüsselfunktion. Dies gelte sowohl für Kenntnisse über die jeweiligen gesetzlich relevanten Vorschriften als auch für die Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs.

Viele Jugendliche sind auf Hartz IV angewiesen

Die Jugendarbeitslosigkeit ist nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) in den vergangenen zwei Jahren um 26,2 Prozent auf etwa 306.000 zurückgegangen, deutlich stärker als die Arbeitslosigkeit insgesamt. Die Zahlen spiegeln jedoch nur einen Teil der Realität wider. Trotz des Konjunkturaufschwungs und der in dieser Zeit gesunkenen Arbeitslosenquote sind in Deutschland immer noch gut 900.000 Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren

auf staatliche Hilfe in Form von Hartz IV angewiesen. Rechnet man die knapp 300.000 Jugendlichen dazu, die Arbeitslosengeld I beziehen oder an Förderkursen teilnehmen, sind sogar etwa 1,2 Millionen Jugendliche förder- oder hilfebedürftig. Demgegenüber haben etwa 3,4 Millionen Jugendliche unter 25 Jahren einen sozialversicherungspflichtigen Job. Damit kommt auf drei erwerbstätige Jugendliche mindestens einer, den die Arbeitsagenturen, Arbeitsgemeinschaften oder Kommunen innerhalb des Systems der Grundsicherung betreuen.

Immer mehr Bundesbürger leiden an Rückenschmerzen

Gegenwärtig leiden etwa 67 Prozent der Bundesbürger an Rückenschmerzen. Vor zehn Jahren waren es noch 53 Prozent. Dies geht aus einer Langzeitstudie des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) hervor, die bei über 6.000 Personen ab 14 Jahren in den Monaten April und Mai 2008 durchgeführt worden war. Während rund die Hälfte aller Befragten angab, nur gelegentlich unter Rückenschmerzen zu leiden, ist die Zahl derjenigen mit chronischen Beschwerden stark angestiegen. Im Vergleich zum Jahr 1998 hat sich ihre Zahl fast verdoppelt, nämlich von 17 auf 30 Prozent. Allerdings verzichten immer mehr Patienten mit Rückenschmerzen auf einen Arztbesuch. Gaben 1998 noch 57 Prozent an, wegen der Rückenschmerzen einen Arzt konsultiert zu haben, waren es im Jahr 2008 nur noch 36 Prozent. Wer ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, bekommt am häufigsten Medikamente, meist Schmerzmittel. Auch die ärztlichen Empfehlungen zu Krankengymnastik und Chiropraktik haben sich im Zehnjahresvergleich verdrei- bzw. vervierfacht. Wenig Veränderungen gab es bei der Anzahl verordneter Massagen, Spritzen, Fangopackungen und Bestrahlungen. Chronisch Rückenranke suchen überdurchschnittlich häufig Ärzte auf, sind lange krankgeschrieben und nehmen mehr Medikamente als der Durchschnitt ein. Trotz verschiedenster Verordnungen (Medikamente, Bestrahlungen, Massagen) sind die Betroffenen

nicht nachhaltig schmerzfrei. Ein Viertel hat sogar innerhalb einer Woche bereits wieder Beschwerden.

Die „Riester“-Rente ist nach wie vor gefragt

Trotz der Finanz- und Wirtschaftskrise setzt sich die sogenannte „Riester-Rente“ durch. Im vierten Quartal 2008 haben sich 700.000 Bürger für den Abschluss dieser staatlich geförderten Zusatzrente entschieden, teilte das Bundesarbeitsministerium mit. Insgesamt schlossen im vergangenen Jahr 2,2 Millionen Menschen einen entsprechenden Vertrag ab. Die Zahl der Anleger, die auf diese Weise für das Alter vorsorgen, stieg auf 12,2 Millionen. In diese Zahlen sind bereits etwa 480.000 Stornierungen und Vertragsabgänge des vergangenen Jahres eingerechnet. Allerdings handelt es sich dabei nach Ministeriumsangaben oft um einen Vertragswechsel und nicht um eine Abkehr von dieser Form der Altersvorsorge. Der Umstieg von einem „Riester“-Vertrag zu einem anderen sei vom Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen.

Die „Hartz“-Reformen – was dahintersteckt

Nicht mehr jeder weiß, was sich hinter den viel zitierten „Hartz“-Reformen im Einzelnen verbirgt. Es sind vier Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsplatz, von der Politik und den Medien „Hartz I“ bis „Hartz IV“ genannt – nach dem ehemaligen VW-Personalvorstand Dr. Peter Hartz benannt. „Hartz I“ und „Hartz II“ regelten im April 2003 die Mini-jobs neu bzw. brachten die Einführung einer „Gleitzone“ mit progressiv steigenden Sozialversicherungsbeiträgen. Eingeführt wurden damals auch Personal-Service-Agenturen (PSA). „Hartz III“ beinhaltete im April 2004 den Umbau und die Neuorganisation der Bundesanstalt für Arbeit, heute Bundesagentur für Arbeit (BA) genannt. Mit „Hartz IV“, am 1. Januar 2005 in Kraft getreten, erfolgte die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe und auch die Einführung des Arbeitslosengeldes II.

Rechtsprechung

Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Rentenversicherungsrecht

Von Karl Rieker¹

1. Einleitung

Der Verfasser stellt Entscheidungen, die sowohl zum materiellen Recht als auch zum Verfahrensrecht ergangen sind, vor und kommentiert diese.

Zum materiellen Rentenversicherungsrecht ergingen im Zeitraum vom 1.1.2008 bis 28.2.2009 keine grundlegenden richtungsweisenden Entscheidungen, so dass auch ein Urteil, das das Unfallversicherungsrecht betrifft, analysiert und kommentiert wird.

1.1 Rentenabschläge bei Erwerbsminderungsrenten

Lediglich die Thematik „Rentenabschläge bei Erwerbsminderung vor dem 60. Lebensjahr“ enthielt infolge unterschiedlicher Entscheidungen von Senaten des BSG eine gewisse Brisanz vor.

Nachdem aber der 5. Senat des Bundessozialgerichts mit den Urteilen vom 14.8.2008, B 5 R 140/07 R, vom 25.11.2008, B 5 R 112/08 R, und auch der 13. Senat in seinem Beschluss vom 26.6.2008, B 13 R 19/08, der Rechtsprechung des 4. Senats aus dem Jahr 2006 nicht gefolgt sind – diese Senate also weiterhin Rentenabschläge bei Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrente vor dem 60. Lebensjahr für gerechtfertigt halten –, ist an dieser Front Ruhe eingeleitet.

Abzuwarten bleibt jedoch, inwieweit eine vom DGB eingelegte Verfassungsbeschwerde, 1 BVR 3588/08, Erfolg hat.

1.2 Anrechnung von mitgliedschaftlichen Zeiten in einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft in Rumänien

Erwähnt sei noch, ohne dass hierauf näher eingegangen wird, ein Urteil des BSG vom 21.8.2008, B 13/4 R 25/07 R, das im Zusammenhang mit der Beschäftigung eines Versicherten in einer

rumänischen landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft zu § 15 FRG ergangen ist.

Der 13. Senat hat zunächst sein eigenes Urteil vom 8.9.2005 bestätigt.² Danach gelten Zeiten, die ein Mitglied bei einer rumänischen landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft zurückgelegt hat, bei durchgehender Beitragsentrichtung als nachgewiesen. Es sei, so der Senat, nicht entscheidend, ob in dieser Zeit auch tatsächlich durchgehend eine Beschäftigung oder Tätigkeit verrichtet wurde.

Insoweit wurde der Rechtsauffassung der Rentenversicherungsträger, dass gemäß § 22 Abs. 3 Fremdrentengesetz eine Kürzung zu 5/6 zu erfolgen habe, weiterhin nicht gefolgt.³

Neu im jetzigen Urteil ist jedoch, dass der Senat bei keiner nachgewiesenen Volljahresbeschäftigung nun die Auffassung vertritt, dass nach § 26 Satz 3 FRG wegen einer Teilzeitbeschäftigung die zurückgelegten Zeiten unter Umständen nur anteilmäßig zu berücksichtigen wären. Ein ganzjähriges Beschäftigungsverhältnis stehe dabei der Annahme einer Teilzeitbeschäftigung nicht entgegen, weil selbst bei herkömmlicher Teilzeitbeschäftigung (Halbtagsarbeit) typischerweise ein durchgehendes Beschäftigungsverhältnis besteht.

Der Senat hat nun zur näheren Aufklärung des Sachverhalts den Rechts-

¹ Der Verfasser ist Leiter eines Rentenleistungsreferates (Ausland) bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und Prozessvertreter seiner Behörde bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit. Die persönliche Meinung des Verfassers muss sich nicht in allen Punkten mit der offiziellen Meinung der Rentenversicherungsträger decken.

² B 13 RJ 44/04 R.

³ Die Rentenversicherungsträger vertreten bzgl. einer Mitgliedschaft in einer Kolchose in der ehemaligen UdSSR die gleiche Auffassung.

streit an das LSG zurückgewiesen. Dort muss abgeklärt werden, ob und inwieweit eine Teilzeitbeschäftigung vorliegt. Hier bleibt der weitere Verfahrenfortgang abzuwarten.

Zu dieser Problematik waren auch beim 5. Senat des BSG unter den AZ B 5 A 4 R 39/06 R sowie B 5 R 40/08 Revisionsverfahren anhängig. Der 5. Senat hat am 12.2.2009 ohne mündliche Verhandlung über diese Rechtsstreitigkeiten entschieden. In diesem Verfahren wurde darüber gestritten, ob trotz einer Kindererziehung aufgrund des bloßen Bestehens einer Mitgliedschaft in einer rumänischen LPG von einem ganzjährigen ununterbrochenen Beschäftigungsverhältnis auszugehen ist. (Das Ergebnis lag bei Abfassung dieses Fachbeitrages noch nicht vor.)

2. Versorgungsausgleich

Die erste Entscheidung erging zum Versorgungsausgleich.

Leitsatz: Maßgeblicher Zeitpunkt für die durch einen Versorgungsausgleich zuerkannten Rentenabschläge ist der Zeitpunkt der Rechtskraft des Abschlusses über den Versorgungsausgleich. Das wirtschaftliche Risiko einer Verzögerung der Entscheidung über den Versorgungsausgleich tragen die früheren Ehegatten selbst.

BSG-Urteil vom 22.4.2008
B 5a R 72/07⁴

2.1 Sachverhalt

Die Ehe der Klägerin wurde am 12.1.1999 rechtskräftig geschieden. Das Verfahren über den Versorgungsausgleich wurde abgetrennt. Am 5.3.2003 verstarb der frühere Ehegatte der Klägerin. Ab 1.12.2003 erhält die Klägerin eine Altersrente.

Mit rechtskräftigem Beschluss vom 22.6.2004 wurden zugunsten der Klägerin Rentenanwartschaften übertragen. Daraufhin stellte die Beklagte die Rente mit den erworbenen Rentenzuschlägen ab 1.7.2004 neu fest.

Die Klägerin begehrt die Neufeststellung bereits ab 1.12.2003 (Rentenbeginn). Sie macht geltend, es dürfe ihr nicht zum Nachteil gereichen, dass das

Versorgungsausgleichsverfahren erst am 22.6.2004 rechtskräftig abgeschlossen worden sei.

Das BSG hat die Rechtsauffassung der Beklagten und des Sozialgerichts, dass eine Rentenerhöhung erst ab 1.7.2004 in Frage kommt, geteilt.

2.2 Wesentliche Entscheidungsgründe

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin auf Zahlung einer höheren Altersrente ist § 48 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB X. Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit nach Ziffer 1 eine Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt.

Die Änderung in den Verhältnissen ist mit dem durchgeführten Versorgungsausgleich eingetreten, denn durch diesen sind Rentenanwartschaften übertragen worden, die einen Zuschlag an Entgeltpunkten – § 76 Abs. 2 SGB VI – zur Folge haben.

Maßgeblicher Zeitpunkt, ab dem ein Rentenabschlag zu berücksichtigen sei, ist – so das BSG – der rechtskräftige Beschluss des Versorgungsausgleichs. Erst mit dem Eintritt der Rechtskraft dieses Beschlusses ist das rentenrechtliche Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten nach § 53g Abs. 1 des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit beendet; erst dann ist eine rechtsbegründende Umgestaltung erfolgt, die die Beklagte verpflichtet, den Zuschlag zu berücksichtigen.

Dieser Zuschlag ist nach § 48 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB X aber nicht bereits ab 22.6.2004 – Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses –, sondern erst ab 1.7.2004 zu berücksichtigen. Dies ergibt sich aus § 100 Abs. 1 SGB VI. Danach ist die Rente in neuer Höhe von dem Kalendermonat an zu leisten, zu dessen Beginn die Änderung wirksam ist. Dies ist hier ab dem 1.7.2004 der Fall.

Mit dem Argument der Klägerin, die lange Dauer des Versorgungsaus-

gleichs dürfe ihr nicht zum Nachteil gereichen, hatte die Klägerin keinen Erfolg. Würde, so das BSG, der Rentenversicherungsträger verpflichtet, bei längerer Verfahrensdauer in das zivilrechtliche Verfahren einzugreifen, würde dies dem Erfordernis nach Rechtsklarheit und Rechtssicherheit über den Zeitpunkt der rechtsgestaltenden Wirkung der Entscheidung über den Versorgungsausgleich zuwiderlaufen. Es sei daher grundsätzlich unbeachtlich, warum es hinsichtlich des Beginns der höheren Rente zu einer Verzögerung gekommen ist.

2.3 Anmerkungen

Der Entscheidung des BSG ist zuzustimmen.

Der Versorgungsausgleich betrifft die gegensätzlichen Interessen nicht nur der geschiedenen Ehegatten untereinander, sondern auch des jeweiligen Ehegatten im Verhältnis zu der vom Rentenversicherungsträger repräsentierten Versicherungsgemeinschaft. Eine Auslegung dahingehend, spezielle Härten bei einem Beteiligten zu vermeiden, kann für andere gesetzlich nicht gerechtfertigte Folgen haben. Daher hat die Koppelung und Bindung der Rentenhöhe an das Kriterium der Rechtskraft des Versorgungsausgleichs ein großes rechtliches Gewicht.

3. Weitergewährung einer Waisenrente während einer Übergangszeit

Im zweiten Urteil war die Gewährung einer Waisenrente für eine Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten streitig.

Leitsatz: Auch die Unterbrechung einer Übergangszeit durch die Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren steht der Weitergewährung der Waisenrente nicht entgegen.

BSG-Urteil vom 17.4.2008
B 13/4 R 49/06 R

⁴ S. hierzu auch BSG vom 29.01.1991, 4 RA 67/90.

3.1 Sachverhalt

Die 1981 geborene Klägerin bezog seit 1991 Halbwaisenrente, die zunächst bis zur Beendigung der Schulausbildung im Juli 2002 gewährt wurde.

Nachdem die Klägerin mitgeteilt hatte, sie wolle sich um ein Medizinstudium bewerben, wurde die Waisenrente zunächst bis 31.12.2002 gezahlt. Am 7.8.2002 wurde die Tochter der Klägerin geboren. Am 10.11.2002 teilte die Klägerin mit, dass ihr Studienwunsch mit Bescheid vom 6.9.2002 abschlägig beschieden worden wäre. Am 1.8.2003 begann die Klägerin mit einer anderen Ausbildung, seither bezieht sie eine Waisenrente.

Die Beklagte, das Sozialgericht und das Landessozialgericht haben einen Anspruch der Klägerin über den 30.9.2002 hinaus verneint. Im streitigen Zeitraum (vom 1.10.2002 bis 31.7.2003) habe keine Schulzeit bzw. kein Ausbildungsverhältnis bestanden, das aufgrund von Schwangerschaft oder Erziehung unterbrochen worden sei, das nach der Rechtsprechung des BSG zu einer rentenunschädlichen Unterbrechung führen könne. Im Übrigen seien die Gründe für den Zeitabstand zwischen Abitur und Ausbildungsbeginn ausschließlich individuell und personenbezogen, so dass keine unvermeidbare Zwangspause, die als rentenunschädliche Übergangszeit gelten könne, vorliege.

Die Klägerin trägt in ihrer vom BSG zugelassenen Revision vor, dass die Geburt ihrer Tochter in den Zeitraum einer von der Rechtsprechung rentenunschädlichen Übergangszeit gefallen sei. Danach habe sie sich in einer vom Gesetzgeber als sozialpolitisch wünschenswert erachteten Elternzeit befunden.

Folge man den Vordergerichten, entstehe ein Wertungswiderspruch, wenn einerseits mit dem gesetzlich eingeräumten Recht auf Elternzeit die Kleinkindbetreuung mit Nachdruck gefördert werde, andererseits aber der Anspruch auf Zahlung der Waisenrente entfallen solle, wenn der waisenrentenberechtigten Elternteil nicht innerhalb einer kurzen Übergangsfrist seine weitere Berufs- oder Schulausbildung aufnehme.

3.2 Wesentliche Entscheidungsgründe

In der Revisionsinstanz wurde zunächst die Praxis der Beklagten bestätigt, dass als Ausbildungs- bzw. Übergangszeit auch die Zeit der Bewerbung um einen Ausbildungsplatz zählt, wobei dieser Anspruch mit der Bekanntgabe der Ablehnung endet. Insoweit war der Rentenanspruch vom 1.8. bis 30.9.2002 (6.9.2002 Bekanntgabe der Ablehnung eines Studienplatzes) unstrittig.

Strittig war bis dato, ob von einer Übergangszeit auch dann auszugehen ist, wenn nach Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung eine weitere Ausbildung durch eine Kindererziehungszeit/ Elternzeit unterbrochen wurde.

Nach der seit dem 1.8.2004 geltenden Fassung des § 48 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 b SGB VI besteht ein Anspruch auf Waisenrente bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres auch für eine Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder der Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres liegt.

Das BSG hat unter Hinweis auf Urteile aus den Jahren 1997 und 2005⁵ ausgeführt, dass bei Unterbrechung einer bereits laufenden Schul- bzw. Berufsausbildung während der ersten drei Erziehungsjahre eines Kindes der entsprechende Zeitraum ebenfalls noch zur Schul- oder Berufsausbildung zählt, die Unterbrechung also rentenunschädlich ist. **Dieser Rechtsprechung folgen die Rentenversicherungsträger nicht.**

Weiter weist das Gericht darauf hin, dass der Gesetzgeber die höchststrichterliche Rechtsprechung des BSG zu der waisenrentenberechtigenden Übergangszeit (bis zu 4 Monaten) in das Gesetz übernommen habe.

Der Senat weitet aber nun seine Rechtsprechung dahingehend aus, dass auch bei Unterbrechung einer Übergangszeit infolge der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren die Gewährung einer Waisenrente dem nicht entgegenstehe. Unabhängig von möglicherweise steuerbaren Umstän-

den – wie dem Geburtstermin vor oder nach Beendigung einer Ausbildung – ist die Unvermeidbarkeit der Zwangspause typischerweise mit der fehlenden Möglichkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, verbunden. Demnach sei auch bei der vorliegenden Fallgestaltung darauf abzustellen, ob vom waisenrentenberechtigten Kind erwartet werden kann, dass es sich selbst unterhalten kann. Nachdem jedoch der Zeitraum der Kindererziehung dazu diene, das Kind zu betreuen, bestehe in dieser Zeit gerade nicht die typische Situation, in der der Betroffenen eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden könne. Insoweit habe die Waisenrente auch während der Erziehungszeit wie bei einer normalen Unterbrechung von Ausbildungsabschnitten eine Unterhaltersatzfunktion. Das BSG hat daher der Klägerin auch für die Zeit vom 1.10.2002 bis 31.7.2003 einen Waisenrentenanspruch zugesprochen.

3.3 Anmerkung

Die Rechtsprechung des Senats ist bedenklich.⁶

Der Senat bestätigt zunächst seine von den Rentenversicherungsträgern weiterhin abgelehnte Rechtsprechung, wonach die Unterbrechung einer Schul- oder Berufsausbildung durch eine Zeit der Kindererziehung unschädlich ist, aber führt diese nun auch für die Unterbrechung einer Übergangszeit weiter. Mit dieser Rechtsprechung

⁵ BSG-Urteile vom 29.04.1997, B 5 RJ 84/95, vom 26.01.2000, B 13 RJ 53/99 R.

⁶ Obwohl das vorgestellte Urteil nach dem bis zum 31.07.2004 geltenden Recht erging, ist jedoch als obiterdictum (ein obiterdictum – lat. beiläufig, bemerkt – ist eine in einer Entscheidung eines letztinstanzlichen Gerichts geäußerte Rechtsansicht, auf der die getroffene Entscheidung nicht beruht, sondern die nur geäußert wurde, weil sich die Gelegenheit dazu bot. Die letztinstanzlichen Gerichte greifen hierauf gelegentlich zurück, weil sich sonst häufig keine Chance oder Möglichkeit mehr ergibt, die Rechtsauffassung zu ähnlich gelagerten Fällen oder einen tragenden Grundsatz – der für den entscheidenden Fall keine Rolle spielte – zu äußern) die Rechtsauffassung des Senates nach der ab 01.08.2004 geltenden Rechtslage des § 48 Abs. 4 SGB VI zu erkennen.

dehnt er den Anwendungsbereich des § 48 Abs. 4 SGB VI über die viermonatige Weitergewährung der Waisenrente hinaus aus und zieht Vorschriften des Bundeserziehungsgeldgesetzes heran, ohne deutlich hervorzuheben, dass die Übergangszeitregelung des § 48 Abs. 4 SGB VI aufgrund organisatorischer Besonderheiten der Ausbildungsträger geschaffen wurde, die mit der vom Gesetzgeber geschaffenen, familienpolitisch wünschenswerten Kindererziehungs- und Elternzeit nicht zu vereinbaren ist.

Im Übrigen war dem Gesetzgeber bei der am 1.8.2004 in Kraft getretenen Neufassung des § 48 Abs. 4 Satz 1b SGB VI die Rechtsprechung des BSG nur aus Sicht des BSG als rentenunschädliche Elternzeit bekannt. Insofern kann entgegen der BSG-Auffassung durchaus der Schluss gezogen werden, dass der Gesetzgeber dieser Rechtsprechung nicht gefolgt ist.

Besser und sozialpolitisch vertretbar wäre es gewesen, wenn der Senat auch bei einer Unterbrechung der Übergangszeit infolge einer Kindererziehung die Rentenbezugsdauer auf vier Monate begrenzt hätte.

Der Gesetzgeber ist nun aufgefordert, der ausufernden Rechtsprechung des BSG Einhalt zu gebieten.

4. Widerspruchsrecht des Versicherten gegen die Übermittlung seiner Sozialdaten

Die dritte Entscheidung betrifft einen Fall aus dem Unfallversicherungsrecht mit Bezügen zum Prozessrecht.

Leitsätze (nicht amtlich): Das gegenüber dem Unfallversicherungsträger bestehende Gutachterausswahlrecht des Versicherten und die Pflicht des Unfallversicherungsträgers, auf das Widerspruchsrecht des Versicherten gegen die Übermittlung seiner Sozialdaten hinzuweisen, gelten auch im Gerichtsverfahren.

Ein unter Verstoß gegen diese Hinweispflicht vom Unfallversicherungsträger im Laufe eines Gerichtsverfahrens eingeholtes Gutachten unterliegt einem Beweisverwertungsverbot.

BSG-Urteil vom 5.2.2008
B 2 U 8/07 bzw. B 2 U 10/07 R⁷

4.1 Sachverhalt

Der Kläger begehrt die Zahlung einer Verletztenrente nach einer MDE von 100 Prozent.

Nach Einholung von Gutachten aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten stellte die beklagte BG fest, dass ein Anspruch auf Verletztenrente nicht bestehe. Das Sozialgericht hat nach weiteren medizinischen Ermittlungen die Beklagte verurteilt, eine Unfallrente zu zahlen.

Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht Beweis erhoben, insbesondere durch Einholung eines psychiatrischen Gutachtens nach § 109 SGG. Der Gutachter schätzte die unfallbedingte MDE des Klägers auf 100 Prozent.

Hiergegen wandte sich die Beklagte unter Vorlage einer mit „Gutachten“ überschriebenen schriftlichen Äußerung von Dr. S., der davon ausging, dass kein schweres Unfallereignis vorgelegen habe. Danach hat das Landessozialgericht ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben, das Prof. Dr. F. nach Aktenlage erstattete. Der Kläger widersprach der Verwertung beider Gutachten. Das Gutachten des Dr. S. sei wegen eines Verstoßes nach § 200 Abs. 2 SGB VII nicht verwertbar, und auch das Gutachten von Prof. Dr. F., das sich auf das Gutachten von Dr. S. beziehe, unterliege einem Verwertungsverbot. Beide Gutachten seien aus den Akten zu entfernen.

Das LSG hat die Rechtsauffassung des Klägers nicht geteilt. Es hat das Urteil des Sozialgerichts aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es u.a. ausgeführt, dass der Arbeitsunfall zu keiner länger anhaltenden organischen Gesundheitsstörung geführt habe und die psychische Erkrankung des Klägers nicht kausal dem Arbeitsunfall zugerechnet werden könne, wobei es auch auf die vom Kläger für unverwertbar gehaltenen Gutachten abgestellt hat, weil Aktengutachten in sozialgerichtlichen Verfahren nicht vom Tatbestand des § 200 Abs. 2 SGB VII erfasst würden.

Das BSG ist dem LSG nicht gefolgt, hat das Urteil infolge eines Verfahrensmangels aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung an das LSG zurückverwiesen.

4.2 Wesentliche Entscheidungsgründe

Der Verfahrensmangel, so das BSG, liege in der Nichtbeachtung eines Beweisverwertungsverbot, was zu einer mangelnden Tatsachenfeststellung wegen der Berücksichtigung unzulässiger Beweismittel geführt habe.

Nach § 200 Abs. 2 SGB VII soll der Unfallversicherungsträger vor Erteilung eines Gutachterauftrages dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl benennen; der Betroffene ist außerdem auf sein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 SGB X und über den Zweck des Gutachtens zu informieren.

Halbsatz 1 des § 200 Abs. 2 SGB VII regelt das Auswahlrecht des Versicherten vor Erteilung eines Gutachterauftrages. Halbsatz 2 betont sein Widerspruchsrecht gegen die Übermittlung besonders schutzwürdiger Daten wie ärztliche Unterlagen, das bei der Erteilung eines Gutachterauftrages zu beachten sein kann.

§ 200 Abs. 2 SGB VII, so das BSG, gelte auch für von Unfallversicherungsträgern im Laufe eines Gerichtsverfahrens eingeholte Gutachten.⁸ Systematische Gründe wie die Überschrift der Norm und die Stellung im Kapitel Datenschutz sprechen für eine Anwendung auf das Handeln der Unfallversicherungsträger im Gerichtsverfahren, und zwar vor dem Hintergrund, dass ein Gerichtsverfahren kein datenschutzfreier Raum sei, weil das Recht auf informationelle Selbstbestimmung umfassend gelte. Dieser verfassungsrechtliche Hintergrund spreche zudem gegen eine enge Auslegung der Norm, so dass Einschränkungen des Untersuchungsgrundsatzes durch § 200 Abs. 2 SGB VII rechtlich zulässig seien.

Von § 200 Abs. 2 SGB VII sei eine nicht erfasste beratende ärztliche Stel-

⁷ NZS 2009 S. 99 ff., s. auch die Parallelentscheidung vom 05.02.2008, B 2 U 10/07 R, kritisch besprochen von Behrens und Fröde, NZS 2009 S. 128 ff.

⁸ So auch inzwischen LSG NRW, Urteil vom 20.06.2007, L 17 U 125/04, a.A. z.B. Kater/Leube in SGB VII § 200 Rn. 9.

lungnahme (Ärzte des Versicherungsträgers) abzugrenzen, die sich in erster Linie mit dem eingeholten Gerichtsgutachten, insbesondere im Hinblick auf dessen Schlüssigkeit, Überzeugungskraft und Beurteilungsgrundlage, auseinandersetze.

Bei der mit „Gutachten“ überschriebenen schriftlichen Äußerung des Dr. S. handele es sich um ein Gutachten, weil es sich in der Überschrift als solches bezeichne und es sich nicht nur mit dem Vorgutachten auseinandersetze, sondern eine eigenständige Beurteilung des umstrittenen Ursachenzusammenhangs zwischen dem unstrittigen Arbeitsunfall und den vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen vorgenommen habe.

Dr. S. sei zudem ein externer Gutachter, was sich u.a. aus seinem von ihm verwandten Briefkopf ergebe, so dass eine Übermittlung von Daten gem. § 67 Abs. 6 S. 2 Nr. 3 SGB X stattgefunden habe.

Eine Datenübermittlung wäre gem. § 200 Abs. 2 SGB VII nur dann zulässig gewesen, wenn die Beklagte dem Kläger mehrere Gutachter zur Auswahl vorgeschlagen habe und ihn auf sein Widerspruchsrecht hingewiesen hätte.

Weil dieses Verfahren nicht eingehalten worden sei, bestehe ein Beweisverwertungsverbot für das Gutachten von Dr. S.

Zwar fehle es in den einschlägigen Prozessordnungen an ausdrücklichen Regelungen für die Nichtverwertung unzulässig erlangter Beweismittel, es sei aber in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass Verstöße gegen Verfassungsrechte in der Regel zu einem Verwertungsverbot führen, so dass im vorliegenden Fall aufgrund des Verstoßes gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht aus Art. 2 Abs. 2 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG von einem Verwertungsverbot auszugehen sei.

Dieses Beweisverwertungsverbot ergebe sich, wie bereits erwähnt, vor dem Hintergrund, dass das Widerspruchsrecht aus § 200 Abs. 2 HS 2 SGB VII das Recht auf informationelle Selbstbestimmung konkretisiere. Im vorliegenden Fall erstreckte sich das Beweisverwertungsverbot zudem auf das

Gutachten von Prof. Dr. F. Entscheidend für die Reichweite oder Fernwirkung eines Beweisverwertungsverbotes sei, ob durch die Verwertung des weiteren Beweismittels der grundrechtliche Verstoß perpetuiert werde. Hiervon sei im vorliegenden Fall auszugehen, da das Gutachten von Prof. Dr. F. auf dem Gutachten von Dr. S. aufbaue und zum Teil dieselben Formulierungen verwendet würden.

Eine Heilung könne nur dadurch erfolgen, dass die unter Verstoß gegen das Widerspruchsrecht erlangten Gutachten aus den Akten zu entfernen sind.

Gegen dieses Ergebnis würden auch keine Aspekte des rechtlichen Gehörs des Unfallversicherungsträgers sprechen. Im Übrigen könnten die Unfallversicherungsträger sich jederzeit an interne Berater, wozu auch Ärzte mit Beratervertrag gehören, wenden, denn § 200 Abs. 2 SGB VII finde in diesem Verhältnis keine Anwendung, weil es sich hierbei nicht um Dritte i.S.v. § 67 Abs. 10 SGB X handele, so dass keine Datenübermittlung (s. § 67 Abs. 6 S. 2 Nr. 3 SGB X) stattfinde.

Ebenfalls nicht anzuwenden sei § 200 Abs. 2 SGB VII bei der Übermittlung anonymisierter Daten an einen externen Gutachter.

Ob der gleichzeitige Verstoß gegen das Gutachterauswahlrecht des § 200 Abs. 2 HS 1 SGB VII ebenfalls ein Beweisverwertungsverbot des Gutachtens zur Folge habe, könne offen gelassen werden. Gegen ein Verwertungsverbot spreche, dass nicht zu erkennen sei, wieso das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zwingend zu einem Auswahlrecht hinsichtlich des Sachverständigen gegenüber dem beklagten Unfallversicherungsträger führen müsse.⁹

4.3 Anmerkung

Insgesamt ist der Entscheidung des 2. Senats des BSG zuzustimmen.¹⁰

Sie erzeugt nicht nur in einigen umstrittenen Punkten bezüglich der Auslegung des § 200 Abs. 2 SGB VII Rechtsklarheit, sondern verhilft dem Grundsatz auf informationelle Selbstbestimmung zur nötigen Geltung. § 200 Abs. 2 SGB VII findet somit auch bei Einholung von Gutachten durch den

Unfallversicherungsträger im Laufe des Gerichtsverfahrens Anwendung. Ein allgemeines Beweisverwertungsverbot folgt aber nur aus einem Verstoß gegen die Belehrungspflicht hinsichtlich der Nichtweitergabe von medizinischen Daten nach Halbsatz 2, nicht aus einem Verstoß gegen die Benennungspflicht mehrerer Gutachter nach Halbsatz 1.

Ausgehend von einem allgemeinen Beweisverwertungsverbot hat das BSG dann konsequenterweise in Anlehnung an das Rechtsinstitut des „Folgebeseitigungsanspruchs“ die Entfernung der erstatteten Gutachten aus den Akten ausgesprochen.

Beachtlich ist – darauf wird besonders hingewiesen –, dass ein Verstoß gegen die Datenschutznorm nach Halbsatz 2 aber nur bei „rechtzeitiger Rüge“, die spätestens in der letzten mündlichen Verhandlung zu erheben ist (§ 295 ZPO), geltend gemacht werden kann. Bei rechtsunkundigen Parteien muss ggf. ein gerichtlicher Hinweis erfolgen.

In diesem Zusammenhang sei noch ein Hinweis auf das Rentenversicherungsrecht erlaubt. Die in § 200 Abs. 2 Halbsatz 2 SGB VII normierte Benennungspflicht mehrerer Gutachter gibt es im Rentenversicherungsrecht nicht. Die speziellen Besonderheiten im Unfallversicherungsrecht lassen sich aus der häufigen Einschaltung außenstehender Gutachter im berufsgenossenschaftlichen Verfahren erklären.

Ein Widerspruchsrecht des Versicherten hinsichtlich der Übermittlung medizinischer Daten ergibt sich auch im Rentenversicherungsrecht aus § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X. Hat der Versicherte z.B. in einem anhängigen Verfahren wegen Gewährung einer Erwerbsminderungsrente der Übermittlung eines Gutachtens aus einem Unfallrentenverfahren widersprochen, ist die Übermittlung sowohl an einen anderen Sozialleistungsträger als auch an einen weiteren Sachverständigen unzulässig. Widerspricht der Versicherte z.B. im Rahmen

⁹ Kritisch hierzu Wagner, juris PR – SozR 25/2008.

¹⁰ S. auch Bieresborn, SGB 2009, S. 40, 49 ff., und Behrens/Fröde a.a.O.

eines Rentenverfahrens einer Übermittlung nicht, ist die Übermittlung eines Gutachtens/Befundberichtes an andere Sozialleistungsträger, an externe Gutachter und auch in einem anschließenden Rechtsstreit an das Sozialgericht zulässig. Die Übermittlung an eine Stelle, die kein Leistungsträger im Sinne des Sozialgesetzbuches I ist – z.B. an einen freiberuflichen Arzt oder an ein privates Versicherungsunternehmen – ist nur dann zulässig, wenn der Versicherte einwilligt.

5. Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bei einer versäumten Klagefrist

Die Entscheidung aus dem Prozessrecht betrifft die Nichteinhaltung einer Klagefrist infolge einer nicht ordnungsgemäßen Büroorganisation und die Verneinung einer Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

Leitsatz: Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand scheidet aus, wenn der Prozessbevollmächtigte durch seine Büroorganisation nicht sichergestellt hat, dass eine an einem Samstag eingehende Sendung auch den Eingangsstempel dieses Samstages und nicht den darauffolgenden Werktag erhält.

BSG-Urteil vom 27.5.2008
B 2 U 5/07 R

5.1 Sachverhalt

Die beklagte BG stellte einen Widerspruchsbescheid mit Postzustellungsurkunde am Samstag, dem 24.12.2005 (Heiligabend), zu, indem dieser in den Kanzleibriefkasten des von der Klägerin bevollmächtigten Rechtsanwalts eingelegt wurde. An diesem Tag hielt sich niemand im Büro auf. Die gegen diesen Bescheid gerichtete Klage ging am 27.1.2006 beim Sozialgericht ein.

Das Sozialgericht und das Landessozialgericht haben dem Klagebegehren aus hier nicht näher interessierenden materiell- rechtlichen Gründen nicht stattgegeben. Mit der vom LSG zugelassenen Revision macht die Klägerin hinsichtlich von Zweifeln an der Einhaltung der Klagefrist – diesbezüglich wurde sie erstmals im Revisionsverfah-

ren konfrontiert – geltend, dass der Widerspruchsbescheid von einem fachlich geschulten und zuverlässigen Büroangestellten erst am nächsten Werktag, dem 27.12.2005, aus dem Briefkasten entnommen und mit dem aktuellen Eingangsstempel vom 27.12.2005 versehen worden wäre.

Weiterhin sei als Fristablauf der 27.1.2006 sowie eine Vorfrist für den 21.1.2006 und eine weitere Frist für den 25.1.2006 eingetragen worden. Dabei sei versehentlich nicht das Zustellungsdatum vom 24.12.2005, sondern das Datum des Eingangsstempels – 27.12.2005 – zugrunde gelegt worden. Wegen der sonst sorgfältigen und fehlerlosen Arbeit der Büroangestellten habe für den bearbeitenden Rechtsanwalt also keine Veranlassung bestanden, die Richtigkeit der Frist zu überprüfen. Daher sei erst am 27.1.2006 Klage eingereicht worden.

Das BSG ist im Revisionsverfahren – in dem die Zulässigkeit der Klage von Amts wegen zu prüfen ist – hingegen von der Unzulässigkeit der Klage ausgegangen und hat eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand abgelehnt.

Die Klagefrist beträgt gem. § 87 Abs. 1 S. 1 SGG einen Monat nach Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides. Der Widerspruchsbescheid wurde durch Zustellung per Postzustellungsurkunde bekannt gegeben. Er gilt daher über § 3 Abs. 2 S. 2 des Verwaltungszustellungsgesetzes i.V.m. § 180 S. 2 ZPO mit der Niederlegung im Briefkasten – hier am 24.12.2005 – als zugestellt (Zustellungsfiktion). Das bedeutet, dass es für die Wirksamkeit der Zustellung nicht darauf ankommt, ob und wann der Betroffene von dem zugestellten Schriftstück tatsächlich Kenntnis erlangt hat. Da der Widerspruchsbescheid somit mit dem 24.12.2005 als bekannt gegeben zugestellt gilt, endete die Klagefrist nach § 87 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 64 Abs. 2 S. 1 SGG am Dienstag, 24.1.2006. Der Klageeingang am 27.1.2006 beim Sozialgericht war daher verfristet.

Auch eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gem. § 67 SGG (im Vorverfahren gilt § 27 SGB X) komme nicht in Betracht, da die Klägerin nicht im Sinne von § 67 Abs. 1 SGG ohne

Verschulden verhindert hat, die Klage fristgerecht zu erheben. Ein Verschulden – so das BSG – liege vor, wenn der Beteiligte hinsichtlich der Fristwahrung diejenige Sorgfalt außer Acht lasse, die für einen gewissenhaften und seine Rechte und Pflichten sachgemäß wahrnehmenden Prozessführenden im Hinblick auf die Fristwahrung geboten ist und ihm nach den gesamten Umständen des konkreten Falls zuzumuten war.

Es hat zunächst darauf hingewiesen, dass sich der Beteiligte das Verhalten seines Prozessbevollmächtigten wie eigenes Verschulden zurechnen lassen muss – § 73 Abs. 4 SGG i.V.m. § 85 Abs. 2 ZPO – (im Sozialverwaltungsverfahren ergibt sich dies aus § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB X).¹¹

Für ein Verschulden von Hilfspersonen – hier der Büroangestellten – gelte dasselbe dann, wenn dieses vom bevollmächtigten Rechtsanwalt selbst zu vertreten, also als dessen eigenes Verschulden anzusehen sei. Das ist u.a. dann der Fall, wenn die Nichteinhaltung der Frist darauf beruht, dass der Rechtsanwalt es versäumt hat, ausreichende Vorkehrungen für eine zuverlässige Büroorganisation, insbesondere hinsichtlich der Frist- und Terminüberwachung und der Ausgangskontrolle zur Vermeidung von Fristversäumnissen, zu treffen.¹²

Im vorliegenden Sachverhalt trifft den Prozessbevollmächtigten ein der Klägerin zuzurechnendes Organisationsverschulden. Überlässt ein Rechtsanwalt – was grundsätzlich möglich und zulässig ist – einer gut ausgebildeten und zuverlässigen Bürokräft die Führung eines Fristenkalenders, dann muss er durch entsprechende Weisungen sicherstellen, dass Fehlerquellen bei der Berechnung soweit wie möglich ausgeschlossen sind.¹³ Dies sei hier nicht geschehen. Zunächst ist, so das BSG, nicht vorgetragen worden, dass eine Weisung bestehe, als Datum des Eingangs immer das Zugangsdatum zu bestimmen. Als Fehler der Bürokräft sei hier zwar

11 Für eine Verschuldenszurechnung unter Ehegatten s. BSG-Urteil vom 23.01.2008, B 10 EG 6/07 R, NZS 2009, S. 178 ff.

12 Hierzu auch BSGE 61, S. 213 ff.

13 S. z.B. Keller, Meyer-Ladewig, Komm. SGG, 9. Aufl. Rn. 8 ff.

nicht die Abstempelung mit einem vom tatsächlichen Zugang abweichenden Datum, sondern die Zugrundelegung dieses Datums bei der Fristberechnung anzusehen.

Wenn jedoch durch eine (unzulängliche) Büroorganisation nicht sichergestellt werde, dass eine am Samstag eingegangene Sendung auch den Eingangsstempel dieses Samstages, sondern den Stempel des darauffolgenden Werk-tages erhalte, ist durch diesen Organisationsmangel ein Potenzial für Fehler bei der Fristberechnung geschaffen worden, das hier gerade realisiert worden ist. Der Fehler der Angestellten sei also ursächlich durch die fehlerhafte Büroorganisation ausgelöst und war somit dem Prozessbevollmächtigten zuzurechnen.

5.2 Anmerkung

Der Entscheidung ist zuzustimmen. Zunächst sei allgemein darauf hingewiesen, dass der Beginn der Klagefrist regelmäßig nach dem Tage der Zustellung oder Bekanntgabe zu laufen beginnt, und zwar unabhängig davon, auf welchen Tag die Bekanntgabe fällt. Dies ergibt sich aus § 64 Abs. 1 SGG. Lediglich das es verschiebt sich dann, aber nur dann, wenn das Fristende auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag fällt (§ 64 Abs. 3 SGG).

Durch die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wird die Rechtzeitigkeit einer tatsächlich verspätet vorgenommenen Handlung fingiert. Die Wiedereinsetzung bewirkt, dass die negativen Folgen eines Fristversäumnisses beseitigt werden. Da die in den gesetzlichen Vorschriften enthaltenen Fristen (nicht Ausschlussfristen) schon aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit einzuhalten sind, müssen schon vom Regelfall deutlich abweichende Umstände eingetreten sein, die eine Wiedereinsetzung rechtfertigen.

Insoweit sind für ein nicht verschuldetes Verhalten hohe Hürden zu überwinden. Das BSG und auch der BGH haben zudem in ständiger Rechtsprechung strenge Anforderungen für eine sorgfältige und zuverlässige Büroorganisation aufgestellt.¹⁴

Diese Kriterien betreffen hinsichtlich der Sachkunde und Zuverlässigkeit das

Büropersonal und sind auch bezüglich der Auswahl, Kontrolle und Überwachung des Personals von den Prozessbevollmächtigten zu beachten. Im eigenen Interesse – auch zur Vermeidung

von Haftungsansprüchen – muss daher der Rentenberater oder Rechtsanwalt für eine ausreichende Büroorganisation Sorge tragen.

Kurzberichte über Rechtsprechung in der (Kranken- und) Rentenversicherung

Zusammengestellt von Gustav Figge

Voraussetzung für die Krankenversicherungsfreiheit einer Bezieherin von Arbeitslosengeld

Eine Angestellte begehrte die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bei der gewählten Krankenkasse (KK).

Die Angestellte war von 1.1.2001 bis 30.4.2003 bei der KK pflichtversichertes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit Schreiben vom 28.4.2004 teilte sie der KK mit, sie werde zum 1.5.2003 versicherungsfrei und nehme Abstand von einer Mitgliedschaft in der freiwilligen Krankenversicherung. Die Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) zum 1.1.2005 führte dazu, dass die Angestellte mit dem erforderlichen Jahresarbeitsentgelt die JAEG nicht mehr überschritt. Der Arbeitgeber, die E GmbH, führte und meldete sie jedoch weiterhin als versicherungsfrei. Am 26.4.2005 bis zum 11.10.2005 überschritt die Angestellte wiederum die JAEG für das Jahr 2005, dementsprechend war sie von der Krankenversicherungspflicht befreit. Vom 12.10.2005 an bezog sie Arbeitslosengeld (Alg) von der Bundesagentur für Arbeit und wurde von dieser als kranken- und pflegeversicherungspflichtig gemeldet.

Hiergegen wandte sich die Angestellte mit Schreiben vom 27.3.2006 an die KK und machte geltend, sie sei zum 30.4.2003 endgültig aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgetreten.

Mit Bescheid vom 4.4.2006 lehnte die KK den Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ab. Nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGG V werde, wer

durch den Bezug von Alg versicherungspflichtig wird, dann von der Versicherungspflicht befreit, wenn er unter anderem in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert gewesen sei. Dies sei bei einem Beginn des Bezuges von Alg vom 12.10.2005 an und einer Pflichtmitgliedschaft bis zum 30.4.2003 nicht gegeben.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 24.7.2006 hat die Angestellte beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben. Damit vertritt die Angestellte die Auffassung, dass eine einmal erfolgte Befreiung von der Versicherungspflicht weder durch einen Arbeitsgeberwechsel noch durch eine Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses unterbrochen werde.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11.6.2007 – S 36 KR 1292/07 – abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Angestellte habe vor dem Bezug von Alg nicht fünf Jahre einer privaten Krankenversicherung angehört. Gegen diesen Gerichtsbescheid richtet sich deren Berufung der Angestellten, mit der sie ihr Begehren unter Wiederholung ihres Vorbringens weiter verfolgt.

Die Berufung ist nach dem Beschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg (LSG) vom 9.1.2009 – L 1 KR 452/07 – nicht begründet,

¹⁴ Z.B. Kopp/Schenke, VwGO, 15. Aufl. § 60 Rn. 21. Zum Organisationsverschulden bei gerichtlichen Hinweisen s. BGH in NJW 2009, Heft 14, S. xxx.

die angefochtenen Bescheide und der sie bestätigende Gerichtsbescheid verletzen die Angestellte nicht in ihren Rechten. Die Einwendungen der Angestellten hiergegen vermögen nicht zu überzeugen:

Dass eine Befreiung nach § 8 SGB V im vorliegenden Fall ausgeschlossen ist, ergibt sich aus dem eindeutigen Wortlaut des § 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V, wonach eine Befreiung nur dann möglich ist, wenn der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert und bei einem Krankenversicherungsunternehmen privat versichert war. Dass diese Voraussetzungen nicht vorliegen, ist offenkundig und zwischen den Beteiligten unstreitig.

Die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 SGB V für eine Befreiung von der sich neu aus dem Bezug von Arbeitslosengeld ergebenden Krankenversicherungspflicht liegen ebenfalls nicht vor: Dies zeigt bereits der Wortlaut der Vorschrift, wonach Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßige Arbeitsentgelte die JAEG nach den § 6 Abs. 6 und 7 übersteigt, versicherungsfrei sind. Die Angestellte jedoch war als Empfängerin von Arbeitslosengeld weder Arbeiterin noch Angestellte, so dass bereits von daher die gesetzlichen Voraussetzungen nicht vorliegen. § 6 Abs. 1 SGB V findet demnach auf diese Fallkonstellation keine Anwendung.

Auch wirkt die in der Vergangenheit ab 1.5.2004 eingetretene Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung nicht, wie die Angestellte meint, ungeachtet der nachfolgenden Entwicklung auf immer fort. Auch dies zeigt der Wortlaut der Norm: Der Gesetzgeber verwendet durch das Wort „übersteigt“ den Präsens, zeigt also, dass die JAEG nicht irgendwann einmal zu übersteigen war, um die Versicherungsfreiheit herzustellen, sondern dass dies gegenwärtig vorliegen muss. Andernfalls hätte er die Formulierung „überstiegen hat“ verwenden müssen. Dass ihm die Differenzierung von gegenwärtigen und früheren Zuständen bei der Formulierung bewusst war, zeigt, dass er im nächsten Halbsatz die Formulierung „überstiegen hat“ verwendet.

Auch stehen die Vorschriften des §§ 6 und 8 SGB V in einem Verhältnis dergestalt zueinander, dass § 8 Abs. 1 Nr. 1 a SGB V eine *lex specialis* für Empfänger von Arbeitslosengeld ist, die nur unter den dort normierten Voraussetzungen und nicht unter den allgemeinen Voraussetzungen des § 6 SGB V versicherungsfrei sein sollen. Es gilt der Rechtsgrundsatz, dass das speziellere Gesetz das allgemeinere verdrängt.

Für die Zulassung der Revision liegt keiner der in § 160 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz bezeichneten Gründe vor. Insbesondere liegt keine klärungsbedürftige Frage vor, da sich die Antwort unmittelbar aus dem Gesetz ergibt. Daher ist die Entscheidung des LSG rechtskräftig.

Teilweise selbst finanziert Versorgungszugang ist beitragspflichtig zur Krankenversicherung

Strittig war die Beitragspflicht einer Teilrente wegen Berufsunfähigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Der 1954 geborene Journalist ist seit dem 28.4.1983 nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Krankenkasse (KK). Am 10.8.1981 schloss die Firma T.-Verlagsgesellschaft mbH, für die er seinerzeit im Rahmen eines freiberuflichen Honorarvertrages tätig war, als Versicherungsnehmerin eine Versicherung für den Todes-, Invaliditäts- und Erlebensfall zugunsten des Journalisten als Bezugsberechtigten bei einem Versicherungsunternehmen ab. Im Versicherungsschein ist u.a. ausgeführt: „Der Verlag ist verpflichtet, die vom Redakteur zu zahlenden und an seinem Gehalt einbehaltenen Beitragsanteile im Namen und für Rechnung des Redakteurs über das Versorgungswerk P. GmbH an die Vertragsgesellschaften abzuführen.“ Die Versicherungsprämien entrichtete der Journalist allein.

Der Journalist erhält aus dieser Versicherung eine Teilrente wegen Berufsunfähigkeit. Aufgrund einer Meldung der Beigeladenen führte diese zunächst bis 31.12.2000 Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von der Teilrente wegen Berufsunfähigkeit als Versor-

gungsbezug an die KK ab. Nach einem Rechtsstreit vor dem Landgericht Hamburg über die Fortzahlung der Rente wurde im Rahmen eines Vergleiches die Weiterzahlung der Rente ab 1.1.2001 bis Mai 2005 geregelt. Mit Schreiben vom 10.3.2003 teilte die Beigeladene der KK mit, dass die Rente unverändert ab 1.1.2001 in Höhe von vierteljährlich 1.598,40 Euro gezahlt werde.

Darauf entschied die KK durch Bescheid vom 4.3.2004, dass der Journalist rentenvergleichbare Einnahmen beziehe und die Zahlstelle ab 1.1.2001 hiervon Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einzubehalten und abzuführen habe. Mit weiterem Bescheid stellte sie fest, dass für den Zeitraum 1.1.2001 bis 31.3.2004 eine Beitragsnachforderung i.H.v. 1.997,22 Euro bestehe. Hiergegen wandte sich der Journalist. Er sei nicht willens, für Versäumnisse der Beigeladenen einzustehen. Im Übrigen stellten die Rentenleistungen Einnahmen aus betriebsfremder Eigenvorsorge dar. Mit Schreiben vom 22.6.2004 teilte die KK ihm mit, dass es sich bei der von der Beigeladenen geleisteten Zahlung um eine Rente der betrieblichen Altersvorsorge i.S.d. § 229 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V handele. Diese unterliege der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung. Die Beiträge seien von den Zahlstellen abzuführen. Rückständige Beiträge seien aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen einzubehalten. Mit Widerspruchsbescheid vom 23.3.2005 wies die KK den Widerspruch als unbegründet zurück. Bei der Beigeladenen handele es sich um eine Einrichtung der betrieblichen Altersvorsorge. Als der Rente vergleichbare Einnahmen seien die Renten der betrieblichen Altersvorsorge zu werten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- und Hinterbliebenenversorgung gezahlt würden. Unerheblich sei, wer die Beiträge für die Altersvorsorge im Einzelnen getragen habe. Die rückständigen Beiträge für die Zeit vom 1. Januar 2001 bis 31. März 2004 seien nicht verjährt.

Hiergegen hat der Journalist Klage vor dem Sozialgericht Hamburg erhoben. Die an ihn geleisteten Bezüge stellten keine Versorgungsbezüge i.S.d.

§ 229 SGB V dar, da diese nicht von einer Pensionskasse im Sinne des Betriebsrentengesetzes gewährt würden und auch nicht auf einer Direktversicherung beruhten.

Das Sozialgericht Hamburg hat die Klage mit Urteil vom 27.8.2007 – S 28 KR 343/05 – abgewiesen. Bei der bezogenen Teil-Berufsunfähigkeitsrente handele es sich um eine Rente der betrieblichen Altersvorsorge, die als sogenannte Direktversicherung der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung unterliege. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien als Versorgungsbezüge beitragspflichtig auch Renten, die aufgrund einer freiwilligen Versicherung erworben worden seien.

Gegen dieses Urteil hat der Journalist Berufung eingelegt. Durch den Abschluss der zusätzlichen Berufsunfähigkeitsversicherung im Jahr 1986 habe sich der Charakter des Lebensversicherungsvertrages fundamental gewandelt, so dass ein Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Abschluss der Lebensversicherung nicht mehr bestehe.

Die Berufung ist nach dem Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 14.1.2009 – L 1 KR 38/07 – jedoch nicht begründet. Hinsichtlich der Feststellung der Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung sind die angefochtene Bescheide der KK nicht zu beanstanden.

Der von der Beigeladenen gezahlte Versorgungsbezug unterliegt der Beitragspflicht nach § 229 Abs. 1 Nr. 5 SGBV, da es sich um einen Versorgungsbezug handelt, der im Zusammenhang mit einer früheren beruflichen Tätigkeit erworben wurde. Die vom Journalisten bezogene Teil-Berufsunfähigkeitsrente hat den erforderlichen Bezug zu einer früheren beruflichen Tätigkeit. Die Teil-Berufsunfähigkeitsrente beruht auf einer Direktversicherung, die die frühere Arbeitgeberin des Journalisten, die T. Verlagsgesellschaft mbH, für ihn aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit als Journalist abgeschlossen hatte. Der Abschluss konnte nur erfolgen, weil er zu diesem Zeitpunkt Honorarkraft bei der T. Verlagsgesellschaft mbH war. Ein enger Bezug mit einer früheren berufli-

chen Tätigkeit ist damit gegeben. Soweit er vorträgt, die Beigeladene sei lediglich vermittelnd tätig geworden, weist das Sozialgericht zu Recht darauf hin, dass dies den Charakter einer Direktversicherung nicht ausschließt, weil es für die Beurteilung allein darauf ankommt, dass die Versicherung vom ehemaligen Arbeitgeber zugunsten des Journalisten abgeschlossen worden ist. Der Journalist wurde aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit Mitglied bei der Beigeladenen und hat sich für die zusätzliche Sicherung nicht irgendeiner Form der privaten Vorsorge bedient, sondern sich der dort bestehenden Altersversorgung angeschlossen.

Das LSG hat die Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nr.1 oder 2 Sozialgerichtsgesetz nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür fehlen. Damit ist dieses Urteil rechtskräftig.

Bei Schwarzarbeit ist für die nachzufordernden Sozialversicherungsbeiträge vom hochgerechneten Nettoentgelt und der Steuerklasse VI auszugehen

Die Beteiligten stritten über die Nachforderung von Sozialversicherungsbeiträgen im Rahmen einer Betriebsprüfung.

Eine selbstständigen Friseurin beschäftigte von Mai 2003 bis Februar 2005 eine Arbeitnehmerin als Friseurin (fortan = Beschäftigte), ohne dass bei der Einzugsstelle eine Anmeldung zur Sozialversicherung erfolgte. Für den genannten Zeitraum wurden keine Beiträge zur Sozialversicherung nachgewiesen und entrichtet. Es wurden auch keine Lohnsteuern einbehalten und abgeführt. Die Beschäftigte bezog zugleich vom 1.5.2003 bis 24.4.2004 Arbeitslosengeld und danach Arbeitslosenhilfe bis 31.12.2004.

Mit Schreiben vom 25.2.2005 legte die Friseurin der Finanzverwaltung im Rahmen einer Selbstanzeige korrigierte Lohnsteueranmeldungen für die Zeit von Mai 2003 bis Januar 2005 vor. Darin wurde die Berechnung der Lohnsteuer auf der Grundlage der Steuerklasse VI vorgenommen, wobei von einer Nettolohnvereinbarung ausgegangen und vom Nettolohn auf einen Bruttolohn hochgerechnet wurde. Die

Prüffeststellungen der sozialversicherungsrechtlichen Auswertung wurden der Krankenkasse (KK) von der Finanzverwaltung mitgeteilt.

Mit Beitragsbescheid vom 24.10.2005 stellte die KK fest, dass die Beschäftigte im Hinblick auf ihre Beschäftigung bei der Friseurin der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung unterlag, und forderte Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 18.991,38 Euro einschließlich der Säumniszuschläge in Höhe von 2.237,00 Euro nach.

Den von der Friseurin eingelegten Widerspruch wies die KK mit Widerspruchsbescheid zurück. Zur Begründung führte sie an, ein illegales Beschäftigungsverhältnis liege vor, weil die Friseurin ihrer Pflicht nicht nachgekommen sei, Meldungen an die Einzugsstelle zu erstatten und Beiträge zu zahlen. Gemäß § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IV gelte ein Nettoarbeitsentgelt als vereinbart, unabhängig davon, ob steuerlich eine anzuerkennende Nettolohnvereinbarung tatsächlich vorliege.

Die von der Friseurin erhobene Klage hat das Sozialgericht Dortmund mit Urteil vom 8.9.2008 – S 25 R 129/06 – als unbegründet zurückgewiesen.

Die Friseurin ist nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes beschwert, weil sich der angefochtene Bescheid der KK als rechtmäßig erweist. Die KK hat die der Beschäftigten ausbezahlten Arbeitsentgelte zu Recht als Nettobeträge angesehen und die Hochrechnung auf den der Beitragszahlung zugrunde liegenden Bruttolohn zutreffend anhand der Steuerklasse VI vorgenommen.

Sind bei illegalen Beschäftigungsverhältnissen Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung nicht gezahlt worden, gilt gemäß § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IV ein Nettoarbeitsentgelt als vereinbart. Diese Voraussetzungen liegen hier vor. Unstreitig sind im hier maßgeblichen Zeitraum bezüglich der Beschäftigten Steuern und Sozialversicherungsbeiträge vorenthalten worden. Es handelte es sich außerdem um ein illegales Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IV.

Die Friseurin hat gegen die aus §§ 28a Abs. 1, 28e Abs. 1 SGB IV folgende Pflicht zur Meldung und Beitragszahlung verstoßen. Im Hinblick auf den Verstoß gegen die Meldepflicht ist ein Ordnungswidrigkeitstatbestand nach § 28a Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 111 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV gegeben. Damit liegt auch Schwarzarbeit im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 1 des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes vor, wonach unter anderem derjenige Schwarzarbeit leistet, der Dienstleistungen ausführen lässt und dabei als Arbeitgeber seine sozialversicherungsrechtlichen Melde-, Beitrags- und Aufzeichnungspflichten nicht erfüllt. Auch aus dem Vorliegen von Schwarzarbeit kann auf die Illegalität der Beschäftigung geschlossen werden.

Schließlich ergibt sich die Illegalität des Beschäftigungsverhältnisses aus einem Verstoß gegen § 266a des Strafgesetzbuchs, weil die Friseurin als Arbeitgeberin die Einzugsstelle pflichtwidrig über sozialversicherungsrechtlich erhebliche Tatsachen in Unkenntnis gelassen und dadurch Beiträge zur Sozialversicherung vorenthalten hat. Insoweit ist auch der subjektive Tatbestand erfüllt, weil die Beschäftigte bis April 2003 zunächst als ordnungsgemäß gemeldete Arbeitnehmerin bei der Friseurin beschäftigt war. Erst ab Mai 2003 wurde sie (bei gleichzeitigem Arbeitslosengeldbezug) von der Sozialversicherung abgemeldet, obwohl weiterhin eine mehr als geringfügige Beschäftigung ausgeübt wurde. Die Pflicht zur Meldung und Beitragszahlung war den Beteiligten also bekannt.

Ausgehend von einem der Beschäftigten gezahlten Nettolohn hat die KK zutreffend (nach dem sogenannten Abtastverfahren) auf das der Beitragsberechnung zugrunde liegende Bruttoentgelt hochgerechnet. Richtigerweise ist die KK hierbei vom Vorliegen der Lohnsteuerklasse VI ausgegangen.

Nicht maßgeblich für die Hochrechnung im Abtastverfahren ist, ob nachträglich eine Steuerkarte mit der Lohnsteuerklasse I vorgelegt wird. Die KK stellte in diesem Zusammenhang zutreffend auf den Zeitpunkt der Fälligkeit der Beiträge ab. Denn die Berechnung der Sozialversicherungsbei-

träge aus laufendem Arbeitsentgelt erfolgt monatsweise. Ein Jahresausgleich, wie im Steuerrecht, findet nicht statt. Insoweit ist es unbeachtlich, dass die für das Beschäftigungsverhältnis nachzu-entrichtenden Steuern möglicherweise nicht anhand der Lohnsteuerklasse VI festgesetzt wurden. Sofern für einen Beitragsmonat keine Steuerkarte vorlag, ist das beitragspflichtige Arbeitsentgelt entsprechend § 39c Abs. 1 EStG auf der Grundlage der Steuerklasse VI zu ermitteln. Daher ist die von der KK vorgenommene Hochrechnung des Nettoentgelts im Abtastverfahren nicht zu beanstanden.

Erstattung der Rechtsanwaltskosten im Widerspruchsverfahren

Gegen einen Bescheid des Freistaats Bayern, durch den ein Grad der Behinderung (GdB) von 40 festgestellt worden war, legte der Kläger durch seine Rechtsanwälte Widerspruch ein. Er machte geltend, der GdB betrage 60, und legte zur Begründung u.a. neue Befundberichte vor, die er auf Veranlassung seiner Anwälte von den behandelnden Ärzten eingeholt hatte. Daraufhin erkannte der Freistaat Bayern einen GdB von 60 an. Für ihre Tätigkeit stellten die Rechtsanwälte neben einer – vom Freistaat Bayern erstatteten – Geschäftsgebühr auch eine Erledigungsgebühr in Rechnung, deren Begleichung vom Freistaat Bayern abgelehnt wurde. Diese Entscheidung ist von den Vorinstanzen bestätigt worden. Der Kläger begründet seine Revision insbesondere damit, dass seine Anwälte insofern besonders an der Erledigung des Vorverfahrens mitgewirkt hätten, als sie ihn gezielt zu bestimmten Ärzten geschickt hätten, deren Befundberichte dann zur Abhilfeentscheidung des Freistaats Bayern geführt hätten.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 2.10.2008 – B 9/9a SB 5/07 R – die ergangenen Gerichts- und Verwaltungsentscheidungen aufgehoben und den Freistaat Bayern zur Zahlung weiterer Rechtsanwaltsgebühren in Höhe von 240 Euro zzgl. Umsatzsteuer verurteilt. Wird ein Widerspruchsführer – wie hier – von seinem Rechtsanwalt dazu veranlasst sich einen

ärztlichen Befundbericht erstellen zu lassen, und führt dessen Vorlage zum Erfolg, so fällt eine Erledigungsgebühr an, die nach Maßgabe des § 63 SGB X zu erstatten ist.

Kostentragungspflicht für Untätigkeitsklage

Mitgeteilt von Rentenberater
Peter Schulz, Einbeck

Außergerichtliche Kosten einer auf Bescheidung gerichteten Untätigkeitsklage können selbst dann überwiegend dem Beklagten auferlegt werden, wenn der Kläger erst zwei Monate nach Widerspruchserhebung eine Begründung nachreicht, der Beklagte jedoch nach weiteren drei Monaten trotz einer Zwischennachricht noch keine Entscheidung getroffen hat.

SG Hildesheim S 17 SB 162/08 vom 2.2.2009

Zum Sachverhalt:

Fristgerechte Erhebung eines Widerspruchs gegen Bescheid vom 12.2.2008, Widerspruchsbegründung geht am 14.4.2008 beim Beklagten ein. Exakt drei Monate später, am 15.7.2008, wird Untätigkeitsklage eingelegt. Am 23.7.2008 wird der begehrte Widerspruchsbescheid erteilt, sodann das Klageverfahren für erledigt erklärt. Der Beklagte verwahrt sich gegen die Kostenlast, weil eine zögerliche Bearbeitung nicht zu erkennen sei, zumal am 26.5.2008 eine Zwischennachricht erteilt wurde.

Aus den Gründen:

Das Gericht hat auf Antrag nach billigem Ermessen nach § 193 SGG über die Kosten zu entscheiden. Ermessensleitend für die Entscheidung des Gerichts sind die Erfolgsaussichten der Klage, dürfte man sich die Erledigung der Hauptsache hinweg. In diesem Sinn sind die Erfolgsaussichten der Klage zu berücksichtigen, aber auch die Gründe für die Klageerhebung und ihre Erledi-

gung (vgl. Meyer-Ladewig u.a., SGG-Kommentar, 9. A., Rdnr. 13. zu § 193 SGG). Darüber hinaus sind jedoch auch andere, sich aus der Prozessgeschichte ergebende Umstände zu beachten, die für eine gerechte Verteilung der Kosten von Bedeutung sein können.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist es sachgerecht, den Beklagten mit Zweidritteln der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu belasten. Auf der einen Seite ist zu berücksichtigen, dass der Kläger-Bevollmächtigte erst nach etwa zwei Monaten und auf ein Erinnerungsschreiben des Beklagten hin den Widerspruch begründet und damit eine sachgerechte Bearbeitung des Widerspruchs in der gesetzlich normierten Frist des § 88 Abs. 2 SGG wesentlich erschwert hat. Denn bereits mit dem Eingangsbestätigungsschreiben vom 4. März 2008 wurde der Kläger-Bevollmächtigte ebenso um die Begründung des Widerspruchs binnen vier Wochen gebeten wie auch mit dem Erinnerungsschreiben vom 8. April 2008. Dem Beklagten hingegen ist vorzuhalten, dass er nach der am 14. April 2008 eingegangenen Widerspruchsbegründung auch nach über drei Monaten keine Entscheidung getroffen hat, sondern erst nach Erhebung der Untätigkeitsklage am 15. Juli 2008 den Widerspruchsbescheid vom 23. Juli 2008 erlassen hat.

Die Zwischennachricht vom 26. Mai 2008 ist insoweit nicht fristhemmend, zumal die entsprechenden internen Verfügungen zur Entscheidung über den Widerspruch vom 30. Mai 2008 stammen und weitere sachdienliche Aktivitäten nicht erkennbar sind, die eine Entscheidung über den Widerspruch erst etwa acht Wochen später rechtfertigen könnten.

In diesem Zusammenhang war jedoch auch zu berücksichtigen, dass der ursprünglich mit der Begründung des Widerspruchs säumigen Klägerseite es zuzumuten gewesen wäre, gerade nach der Zwischennachricht vom 26. Mai 2008 eine Rückfrage bzw. Sachstandsfrage, ggf. mit dem Hinweis auf eine mögliche Untätigkeitsklage, an den Beklagten zu richten. Die dann am 15. Juli 2008 ohne weitere Ankündigung erhobene

Untätigkeitsklage hätte bei entsprechendem Zusammenwirken mit der Behörde nach Überzeugung der Kammer voraussichtlich vermieden werden können. Bei Abwägung aller dieser Umstände entspricht es nach Überzeugung der Kammer billigem Ermessen, dass der Beklagte dem Kläger Zweidritteln der außergerichtlichen Kosten in diesem Verfahren zu erstatten hat.

Anmerkung:

Das Gericht erwartet bei der Abarbeitung von Verwaltungs- und hier von Widerspruchsverfahren ein „Zusammenwirken“

Für Sie gelesen

Schadensersatz bei ärztlichen Kunstfehlern – Ihre Ansprüche bei Ärztepfeusch

Von Horst Marburger. 144 Seiten, Paperback 2009. Preis 9,95 Euro. ISBN 978-3-8029-7404-5. Walhalla Fachverlag, Haus an der Eisernen Brücke, 93042 Regensburg.

Expertenmeinungen zufolge ist die Dunkelziffer bei ärztlichen Behandlungsfehlern, die früher als „Kunstfehler“ bezeichnet wurden, nach wie vor sehr hoch. Oft fühlen sich Betroffene und Angehörige unzureichend beraten, oder es wird ein Behandlungsfehler nicht erkannt bzw. kann nicht nachgewiesen werden. Die Folge: Durch einen ärztlichen Kunstfehler kann der Gesundheitszustand des Patienten erheblich verschlechtert werden und dem Betroffenen ein mitunter nicht bezifferbarer Schaden entstehen.

„Licht in das Dunkel“ versucht ein Fachratgeber von Horst Marburger zu bringen. Der Autor stellt Schritt für Schritt dar, welche Ansprüche Betroffene gegenüber ihrem Arzt bzw. dessen Haftpflichtversicherung geltend machen können, um – zumindest nachträglich – zu ihrem Recht zu kommen und begründete Ansprüche auf Schadensausgleich durchzusetzen, seien es Heilungskosten, Verdienstausfall, Unterhaltsansprüche oder Schmerzensgeld.

In dem Büchlein werden die wichtigsten Themen, aber auch Haftungs-

zwischen Behörde und Rentenberater. Die Erfahrung zeigt, dass Zwischennachrichten selten den Erfordernissen des § 88 Abs. 2 SGG entsprechen: Sie nennen keinen „zureichenden Grund“ für Verzögerungen, sind allenfalls schematisch erstellt, für die Berechnung der Drei-Monats-Frist somit meist unerheblich. – Und für die Praxis: Nochmalige „Rückfrage bzw. Sachstandsanfrage“ schreibt das Gesetz nun mal nicht *expressis verbis* vor, und die Leistungsträger sind nicht selten geneigt, telefonischen Anfragen mit Schutzbehauptungen ohne jegliche bzw. mit völlig unsubstantiierten Einlassungen zur Sache zu begegnen.

tatbestände umfassend und verständlich erläutert:

- Begriff und Arten ärztlicher Behandlungsfehler,
- Arzt- und Krankenhaushaftung,
- Organisationsverschulden,
- materielle Ansprüche und Haftungsgrundlagen,
- Beweislast und
- Fragen der Verjährung und Verwirkung.

Es gibt zahllose Gerichtsentscheidungen, die sich mit Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern beschäftigen. Der Autor hat versucht, Entschädigungsgrundsätze herauszuarbeiten und damit Hilfestellung für die Prüfung zu geben, ob Betroffene oder Angehörige einen Anspruch durchsetzen oder besser davon Abstand nehmen sollten.

Die handliche Rechtshilfe ist Ratgeber und Nachschlagewerk zugleich. Zahlreiche Praxisfälle und Beispiele zur Berechnung des Schmerzensgeldes veranschaulichen die Materie auch für Laien. Darüber hinaus helfen Adressen von Patientenverbänden, Rechtsanwalts- und Ärztekammern, Gutachterkommissionen sowie Schlichtungsstellen weiter. Die Darstellung einschlägiger Gerichtsurteile dient als wichtige Informations- und Argumentationsgrundlage.

Alles in allem ein auf die Bedürfnisse der Praxis abgestellter Ratgeber, der auch auf Besonderheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung und

die Hilfsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen eingeht und in die Hand jedes durch einen ärztlichen Behandlungsfehler Geschädigten gehört, aber auch hilfreich für Sozialverbände,

Patientenvereinigungen, Sozialversicherungsträger, Sozialarbeiter, Rechtsanwälte, Ärztekammern und Gerichte sein kann.

Dr. Dieter Leopold

Veranstaltungshinweise

Die Arbeitsgemeinschaft der Rentenberater in Hessen
lädt ein zur

Regionaltagung

am Samstag, dem 16. Mai 2009 in Frankfurt a.M.

im InterCityHotel – direkt am Hauptbahnhof – 9.00 Uhr bis 17.15 Uhr
mit den Themen-Bereichen

- **Schwerbehindertenrecht nach dem SGB IX**

Herr H. Ewald – Richter am LSG Hessen

Beachten Sie bitte, dass die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) seit dem 1.1.2009 ersetzt wurden durch die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) BGBl. I S. 2412

- **Strukturreform des Versorgungsausgleichs**

Herr M. Reißig – Rentenberater / Stellv. Präsident des Bundesverbandes der Rentenberater e.V.

Beachten Sie bitte, dass zum 1.9.2009 die Neuregelung des familiengerichtlichen Verfahrens sowie das Gesetz zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs (VAstrRefG) in Kraft treten.

Auf der Internetseite des Bundesverbandes der Rentenberater e.V. [www.rentenberater.de unter ‚Termine‘] finden Sie das Anmeldeformular:
Tagungsgebühr 200 Euro, für Mitglieder jedoch nur 98 Euro.

Kontakt:

Rentenberaterin Brigitte Vogt, In der Kaupel 25, 64405 Fischbachtal
Tel.: 06166 - 933 889

Sie dürfen diese Termine schon vormerken:

Seminar für Berufsinteressierte als Rentenberater	09.05.2009
Fachtagung in Berlin	27.06.2009
Fachtagung in München	25.07.2009
Rentenberatertage 2009 mit Jahrestagung in Münster	17.-19.09.2009
Sachkundelehrgang „Rentenberatung“	ab Okt. 2009
Fachtagung in Leipzig	17.10.2009
Traditionelle Weihnachtstagung in Düsseldorf	27.-28.11.2009

Der Bundesverband der Rentenberater e.V. begrüßt sein neues Mitglied:

Rentenberater Lutz Schnabel, Heilwigstr. 48, 81827 München

RV Die Rentenversicherung
Organ für den Bundesverband der
Rentenberater e.V.



Mitglied der Fachgruppe
Fachzeitschriften im VDZ

Jahrgänge 1 bis 12 erschienen bei
E. Kulinski, Stuttgart; ab 13. Jahrgang bei
Asgard-Verlag, Sankt Augustin.

Schriftleitung:

Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Postfach 14 65, 53732 Sankt Augustin, Telefon (0 22 41) 31 64-0, Telefax (0 22 41) 31 64-36
E-Mail info@asgard.de.

Manuskripte:

Manuskriptsendungen und anderen Schriftverkehr bitte nur an die Anschrift der Schriftleitung richten. Manuskripte werden bevorzugt in elektronischer Form per E-Mail oder auf Datenträger entgegengenommen. Bei Annahme des Manuskripts erhält der Einsender automatisch eine Korrekturfahne zur Bearbeitung. Mit der Annahme zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag alle Rechte, insbesondere auch das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken im Wege des fotomechanischen oder eines anderen Verfahrens.

Alle Verlagsrechte sind vorbehalten.

Die Vervielfältigung der Zeitschrift oder einzelner Teile daraus (z.B. Fotokopien, Mikrofilm) ist nur mit Genehmigung des Verlages gestattet.

Erscheinungsweise:

Monatlich im Umfang von 20 Seiten.

Bezugspreis:

Jährlich € 78,90 (einschl. Mehrwertsteuer) im Abonnement. Einzelheft € 7,10 (einschl. Mehrwertsteuer).

Bestellungen bitte unmittelbar an die Verlagsadresse richten. Das Abonnement kann nur mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende beim Verlag gekündigt werden.

Anzeigen:

Gültig ist Preisliste Nr. 21 vom 1.1.2009.

Verlag:

Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Postfach 14 65, 53732 Sankt Augustin, Telefon (0 22 41) 31 64-0, Telefax (0 22 41) 31 64 36, E-Mail info@asgard.de, www.asgard.de.

Bankverbindungen bei Postgiroamt Köln Nr. 7092-505 (BLZ 370 100 50) – Kreissparkasse Köln (BLZ 370 502 99) Konto-Nr. 032 002 719

Druck:

ICS Kommunikations-Service,
51467 Bergisch Gladbach

Die Zeitschrift ist Organ für den Bundesverband der Rentenberater e.V., www.rentenberater.de.

Geschäftsstelle des Verbandes:

Hohenstaufenring 17, 50674 Köln, Postfach 26 01 50, 50514 Köln, Telefon 02 21/2 40 66 42, Telefax 02 21/ 2 40 69 46.