

Die Rentenversicherung

Organ für den Bundesverband der Rentenberater e.V.

50. Jahrgang, Heft 10, Oktober 2009

Inhalt

Abhandlungen

Die Abzweigung in der Rentenberatung
Von Prof. Dr. Jens Löcher 181

Rentenversicherungsträger „unter der Lupe“ der Aufsicht
Von Dr. jur. Dieter Leopold 185

Der ärztliche Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation
– wer darf ihn bekommen?
Von Walter Vogts 186

Zum Zeitgeschehen

Nachrichten aus der Sozialversicherung
Zusammengestellt von Dr. jur. Dieter Leopold 188

Rechtsprechung

Aktuelle Entscheidungen zum Prozessrecht
Von Karl Rieker 191

Kurzberichte über Rechtsprechung in der (Kranken- und) Rentenversicherung
Zusammengestellt von Gustav Figge 195

Für Sie gelesen 199

Fortbildungs-Veranstaltungen 200

Arme Witwen ...



Astrid Koser

Wenn eine Witwe freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat versichert ist, neben Witwenrente auch eigene Rente bezieht und außerdem schwankendes anrechenbares Einkommen hat, scheinen alle Grenzen verständlicher Erteilung von Bescheiden überschritten zu sein:

Es ist regelmäßig (!) Chaos angesagt – zumindest Verständnislosigkeit wegen Hin-und-her-Verrechnungen, Nachzahlungen und Rückforderungen.

„Grundsätzlich“ wird Beitragszuschuss von dem Rentenversicherungsträger erbracht, der die Rente zahlt – jedoch der so genannte Gesamtbeitragszuschuss ausschließlich zur Hinterbliebenenrente. Der Zahlungsauftrag wechselt trotzdem zu einer vorschüssig zahlbaren Versichertenrente, sofern die Hinterbliebenenrente nachschüssig anzuweisen ist. Klar?

Verwirrender wird es, wenn Renten nachträglich bewilligt, in der Höhe verändert, zeitweise ruhen, wegfallen und später eventuell wieder gewährt werden. Das ist typisch bei der Erzielung von schwankendem Einkommen, das den Freibetrag übersteigt. Die notwendigen Berichtigungen von Renten als solchen mag der Bürger noch verstehen. Nachvollziehbar hinsichtlich des Beitragszuschusses sind die Verrechnungs- und Zuständigkeits-Spiele nie, weder für Betroffene noch zum Beispiel für deren Steuerberater.

Zwar haben sich die Rentenversicherungsträger auf eine einheitliche Verfahrensweise für solche Fälle verständigt – in der Praxis klappt das noch nicht einmal, wenn zwei Renten unter dem Dach der gleichen Anstalt festgesetzt werden. Mein Vorschlag: jede Rente mit dem dazugehörigen Beitragszuschuss, damit's jede Witwe und auch jeder Witwer versteht. Eine neue Aufgabe für das Bundesversicherungsamt?

Rentenberaterin Astrid Koser

Die Abzweigung in der Rentenberatung

Von Prof. Dr. Jens Löcher¹

I. Der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuchs in der Rentenberatung

Der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuchs (SGB I) spielt in der Rentenberatung eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Verschiedene im SGB I geregelte Instrumente eröffnen Gestaltungsmöglichkeiten, um die rechtliche Situation des Mandanten zu verändern. Hierzu gehört in besonderem Maße die Abzweigung² von Sozialleistungen (§ 48 SGB I). Die Abzweigung ist eine „Not- hilfemaßnahme“³, mit deren Hilfe sich unterhaltsberechtigter Ehepartner oder Kinder Zugriff auf laufende Geldleistungen eines Sozialleistungsträgers, also insbesondere Zugriff auf eine Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, verschaffen können. Die Besonderheit der Abzweigung ist, dass sie durchgeführt werden kann, ohne dass der Unterhaltsberechtigte zuvor einen unterhaltsrechtlichen Titel erwirkt haben müsste.

In der Praxis der Rentenberatung kann die Abzweigung damit vornehmlich in zwei unterschiedlichen Beratungssituationen interessant sein. Zum einen als Werkzeug, um unterhaltsberechtigten Mandanten zu einer Verbesserung ihrer finanziellen Situation zu verhelfen.⁴ Zum anderen – und das wird häufiger der Fall sein –, wenn sich Mandanten gegen eine zu Ihren Lasten durchgeführte Abzweigung wehren wollen.

II. Die Abzweigung

Der Gesetzgeber hat bei der Abzweigung von Sozialleistungen verschiedene Tatbestände unterschieden. § 48 Abs. 1 S. 1 SGB I regelt die Abzweigung von laufenden Geldleistungen. Die Abzweigung von Geldleistungen für Kinder (Kindergeld, Kinderzuschlägen und vergleichbaren Rentenbestandteilen) bestimmt § 48 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB I. § 48 Abs. 2 SGB I ermöglicht eine Abzweigung zugunsten von Kindern, denen gegenüber der Leistungsberechtigte

zwar nicht gesetzlich unterhaltspflichtig ist, wegen derer er jedoch Geldleistungen erhält. § 48 Abs. 1 Satz 4 SGB I erweitert den Kreis der Abzweigungsbegünstigten auf Personen oder Stellen, die den unterhaltsberechtigten Angehörigen bzw. den in Absatz 2 genannten Kindern Unterhalt gewähren.

2.1 Zweck der Abzweigung

Die Abzweigung verfolgt den Zweck, gesetzliche Unterhaltsansprüche von Ehegatten und Kindern möglichst schnell zu verwirklichen, um ihnen finanzielle Notsituationen zu ersparen. Sie soll den nächsten Familienangehörigen und diesen – statt des zum Unterhalt gesetzlich Verpflichteten – Unterhalt gewährenden Personen und Stellen einen raschen, Kosten sparenden und unmittelbaren Zugriff auf laufende Sozialleistungen gewährleisten, ohne dass sie zunächst gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen oder Vollstreckungsmaßnahmen veranlassen müssten.⁵ Gleichwohl ist eine Abzweigung ebenso zulässig, wenn bereits ein Unterhaltstitel erwirkt wurde. Sie wird als Soforthilfe⁶, als zusätzliche öffentlich-rechtliche Sicherung⁷, angesehen, die mit dem Ziel erfolgt, zeitnah laufende Geldleistungen

1 Prof. Dr. Jens Löcher, Verwaltungsfachhochschule in Wiesbaden.

2 Die Auszahlung bei Verletzung der Unterhaltspflicht nach § 48 SGB I wird auch „Abtrennung“ genannt.

3 Seewald in Niesel (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 48 SGB I Rz. 2; so auch Diebel in Kraher (Hrsg.), LPK-SGB I, § 48 Rz. 2.

4 Die Tätigkeit des Rentenberaters wird hier allerdings durch das Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) v. 12.12.2007, BGBl. I S. 2840, zuletzt geändert durch G. v. 30.07.2009, BGBl. I S. 2449, beschränkt.

5 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07 Rdnr. 13 mit Verweis auf die Gesetzesbegründung BT-Drucks. 7/868 S. 31.

6 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.07.2007, L 7 AS 5570/06, mit weiteren Verweisen.

7 Vgl. LSG Berlin, Urt. v. 23.02.2001, L 3 AL 60/00.

zum Lebensunterhalt der Unterhaltsberechtigten zur Verfügung zu stellen⁸, wenn der Unterhaltspflichtige seiner gesetzlichen Unterhaltspflicht nicht nachkommt. Der Gesetzgeber hat die Abzweigung auf laufende Sozialleistungen bezogen, weil diese in aller Regel als Lohnersatzleistung nicht nur dem Lebensunterhalt der Sozialleistungsberechtigten, sondern auch deren engsten Angehörigen zugute kommen.

2.2 Wirkung der Abzweigung

Bei einer Abzweigung ändert sich die Auszahlungsrichtung der Sozialleistung. Der Sozialleistungsträger zahlt die Sozialleistung nicht mehr bzw. nicht mehr in voller Höhe an den Sozialleistungsberechtigten, sondern an dessen Unterhaltsgläubiger aus.

3. Abzweigung an Unterhaltsberechtigten (§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB I)

3.1 Voraussetzungen

Die Abzweigung greift in das Recht des Sozialleistungsberechtigten ein, über die Sozialleistung selbst zu verfügen. Jeder staatliche Eingriff in Rechte des Bürgers bedarf einer gesetzlichen Ermächtigung (Vorbehalt des Gesetzes, § 31 SGB I). Eine Abzweigung von Sozialleistungen ist alleine dann rechtmäßig, wenn die in § 48 SGB I aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.

Eine rechtmäßige Abzweigung setzt nach § 48 Abs. 1 S. 1 SGB I zunächst voraus, dass sie sich auf **laufende Sozialleistungen** bezieht. Laufende Geldleistungen werden ihrer Natur nach nicht nur einmalig geleistet, sondern regelmäßig wiederkehrend. Eine Sozialleistung verliert nicht dadurch ihr Wesen als laufende Sozialleistung, wenn sie – z.B. infolge des Todes des Sozialleistungsberechtigten unmittelbar nach Antragstellung – nur für die Dauer eines einzigen Monats erbracht wird. Auch eine Einmalzahlung, die die Ansprüche verschiedener Monate zusammenfasst, verwandelt eine Rentenleistung nicht in eine einmalige Sozialleistung. Eine Rentennachzahlung für vier Monate kann daher als laufende Geldleistung abgezweigt werden. Typische Geldleistungen, auf die im Wege der Abzwei-

gung zugegriffen werden kann, sind beispielsweise Rentenleistungen aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Leistungen nach § 24 SGB II.⁹

Eine Abzweigung setzt des Weiteren voraus, dass der Leistungsberechtigte **gesetzliche Unterhaltsansprüche seines Ehepartners und/oder seiner Kinder verletzt**. Unterhaltsansprüche gegenüber anderen Personen oder aus anderem Rechtsgrund, d.h. vertragliche Unterhaltsansprüche oder Unterhaltsansprüche gegenüber geschiedenen Ehegatten, Eltern oder Partnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, werden durch § 48 SGB I nicht erfasst und können eine rechtmäßige Abzweigung daher nicht begründen.

Ein gesetzlicher Unterhaltsanspruch besteht nach §§ 1601 ff. BGB oder §§ 1360 ff. BGB, wenn der Ehegatte bzw. das Kind oder die Kinder bedürftig, d.h. außerstande sind, sich selbst zu unterhalten¹⁰, und der unterhaltspflichtige Sozialleistungsberechtigte leistungsfähig ist, d.h. in der Lage, ohne Gefährdung des eigenen angemessenen Unterhalts Unterhalt zu gewähren.¹¹ Das Sozialrecht enthält keine Regelungen über die Frage des Entstehens oder die Höhe der Unterhaltspflicht. Alleiniger Maßstab für die Frage der Unterhaltspflicht, d.h. insbesondere der Leistungsfähigkeit und Unterhaltsberechtigung, ist das Zivilrecht.¹²

Die Unterhaltspflicht darf **nicht nur unerheblich verletzt** werden. Hat der unterhaltspflichtige Sozialleistungsberechtigte durch sein bisheriges Verhalten gezeigt, dass auch im Hinblick auf die Zukunft mit Verletzungen der Unterhaltspflicht zu rechnen ist, so ist eine Abzweigung zulässig.¹³ Verletzt er hingegen das erste Mal seine Unterhaltspflicht, so darf eine Abzweigung nicht durchgeführt werden. Auf die Höhe des geschuldeten Unterhalts kommt es nicht an.

Die Abzweigung ist nicht von einem **Antrag** abhängig. Es genügt, dass der Sozialleistungsträger auf irgendeine Weise Kenntnis von der Unterhaltspflichtverletzung erlangt. In der Praxis wird in der Regel jedoch erst ein An-

trag, der die Unterhaltspflicht und deren Verletzung aufzeigt, eine Abzweigung bewirken.

3.2 Entscheidung über die Abzweigung

Über die Abzweigung entscheidet derjenige Sozialleistungsträger, der für die Gewährung der laufenden Geldleistung zuständig ist, also z.B. die das Arbeitslosengeld gewährende Bundesagentur für Arbeit oder der den Rentenanspruch erfüllende Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

Es handelt sich um eine rein sozialrechtliche Entscheidung, die durch Verwaltungsakt nach vorheriger Anhörung erfolgt. Als sozialrechtliche Entscheidung wirkt sie sich nicht auf das zivilrechtlich normierte Unterhaltsrecht aus. Der eine Abzweigung bestimmende Verwaltungsakt kann die unterhaltsrechtliche Situation weder bindend regeln noch feststellen. Die Entscheidung des Sozialleistungsträgers entfaltet somit kein Präjudiz und schon gar keine bindende Wirkung im Hinblick auf ein späteres familiengerichtliches Verfahren.¹⁴

Gleichwohl ist es die Aufgabe des Sozialleistungsträgers, auf der Grundlage des Untersuchungsgrundsatzes¹⁵ von Amts wegen (§ 20 Abs. 1 SGB X) zu erforschen, ob die Voraussetzungen für die Abzweigung erfüllt sind, und damit auch, ob die Voraussetzungen für ein Bestehen und die Verletzung der Unterhaltspflicht erfüllt sind. Hieran hat der-

8 BSG, Urt. v. 23.10.1985, 7 RA r 32/84, BSGE 59, 30, Orientierungssatz 1.

9 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07 R; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 8.1.2007, L 19 B 97/06 AS ER, juris.

10 § 1602 BGB; §§ 1360, 1361 BGB.

11 § 1603 BGB; §§ 1360, 1361 BGB. Zu den Voraussetzungen des § 48 SGB I instruktiv BSG, SozR 3 – 1200 § 48 Nr. 4 = FamRZ 2003, S. 1386 f.

12 Vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.07.2007, L 7 AS 5570/06, m.w.V.

13 Vgl. BSG, Urt. v. 23.10.1985, 7 RA r 32/84, BSGE 59, 30ff. = ZfSH/SGB 1986, S. 272 ff.

14 OLG Koblenz, Beschl. v. 24.09.2008, 7 WF 769/08, Rdnr. 10 m.w.N. BGH, FamRZ 1993, S. 788.

15 Amtsermittlungsgrundsatz.

jenige, zu dessen Gunsten die Abzweigung durchgeführt werden soll, mitzuwirken (§ 21 Abs. 2 SGB X, §§ 60 ff. SGB I¹⁶). Beabsichtigt daher der Mandant, gegen den Unterhaltsschuldner eine Abzweigung zu bewirken, so sollten dem Antrag alle Unterlagen beigelegt werden, die für die Entscheidung über das Bestehen einer Unterhaltspflicht, deren Höhe und Verletzung relevant sein können (Kontoauszüge, Arbeitsvertrag, Mietvertrag, Gehaltsbescheinigung, Steuererklärung u.s.w.).

Besteht bereits ein Unterhaltstitel, so ist es ratsam, diesen ebenfalls in Kopie beizufügen. Der Sozialleistungsträger ist an ihn grundsätzlich gebunden und kann deshalb das Bestehen einer Unterhaltspflicht nicht verneinen.¹⁷ Die Höhe des Abzweigungsbetrags kann jedoch von dem titulierten Betrag „nach unten“ abweichen, da der Sozialleistungsträger im Rahmen der Angemessenheitsprüfung zu berücksichtigen hat, dass dem Sozialleistungsberechtigten so viel zu belassen ist, dass dieser weiterhin ein menschenwürdiges Leben zu führen imstande ist.

Ist der Mandant nicht der Unterhaltsgläubiger, sondern der Unterhaltsschuldner, dessen Sozialleistungen abgezweigt werden (sollen), so ist es ratsam, alle Unterlagen beizufügen, aus denen sich eine geringere Unterhaltspflicht ableiten lässt oder die zeigen, dass die Unterhaltspflicht bereits – z.B. durch Gewährung von Naturalunterhalt – erfüllt wird. Häufig wird es sich anbieten, einen Fachanwalt für Familienrecht einzuschalten.

Auch das Sozialverfahrensrecht kann dem Mandanten bei der Abwehr einer Abzweigung zur Seite stehen. Da es sich bei der Entscheidung über die Abzweigung um einen Verwaltungsakt handelt, muss sie den Anforderungen der §§ 8 ff., 31 ff. SGB X genügen, insbesondere hinreichend bestimmt sein (§ 33 Abs. 1 SGB X). So hob das BSG im Jahr 2006 eine zugunsten mehrerer Kinder erfolgte Abzweigung auf, weil der Verwaltungsakt lediglich einen Gesamtabzweigungsbetrag, nicht jedoch die Abzweigungsbeträge für jedes einzelne Kind aufführte¹⁸ und damit nicht hinreichend bestimmt war.

3.3 Besonderheit: Ermessensentscheidung

Die Entscheidung über die Abzweigung ist eine Ermessensentscheidung des Sozialleistungsträgers. Hiervon umfasst ist einerseits die Frage des „ob“ der Abzweigung, andererseits die Frage des zeitlichen Beginns der Abzweigung, einer etwaigen Befristung und der Höhe des abzuzweigenden Betrags.¹⁹

Hieraus ergibt sich eine ganze Reihe von Gestaltungsmöglichkeiten für die Praxis der Rentenberatung. Soll zugunsten eines Mandanten eine Abzweigung durchgeführt werden, so bietet es sich an, in der Begründung des Antrags alle Umstände aufzuführen, die die besondere Notsituation des Unterhaltsgläubigers deutlich aufzeigen. Ermessen bedeutet keineswegs, dass die Entscheidung der Behörde freistünde. Zwar steht ihr in aller Regel die Wahl zwischen mehreren Verhaltensweisen offen²⁰, sie hat allerdings die Pflicht, bei ihrer Entscheidung Sinn und Zweck des § 48 SGB I zu verwirklichen (§ 39 SGB I), und muss sich daher bei ihrer Entscheidung auf sachgerechte Gründe berufen. Der Zweck der Abzweigung – insbesondere die schnelle Verwirklichung gesetzlicher Unterhaltsansprüche von Ehegatten und Kindern zur Verhinderung finanzieller Notsituationen (siehe oben II 1.) – wird oft nur erreicht werden können, wenn sich der Sozialleistungsträger zeitnah für eine Abzweigung entscheidet. Darauf, dass die Abzweigung dringend und unmittelbar benötigt wird, um die finanzielle Lebensgrundlage zeitnah zu sichern, sollte bei der Antragstellung hingewiesen werden. Auch hier helfen Kontoauszüge, der aktuelle Mietvertrag und andere Urkunden, die notwendige finanzielle Verpflichtungen ebenso wie laufende Einkünfte belegen.

Ist der Mandant als Sozialleistungsberechtigter von der Abzweigungsentscheidung betroffen, so ergeben sich aus dem Umstand, dass es sich um eine Ermessensentscheidung handelt, verschiedene Ansatzmöglichkeiten. Zunächst verkennen Sozialleistungsträger, wie sich aus der Rechtsprechung ablesen lässt, häufig, dass der Gesetzgeber ihnen Ermessen eingeräumt hat. Dies zeigt sich

zumeist darin, dass die Begründung des Verwaltungsakts entgegen § 35 Abs. 1 S. 3 SGB X weder die Gesichtspunkte aufzeigt, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist, noch an irgendeiner Stelle nur das Wort „Ermessen“ enthält. Neben dem Ermessensnichtgebrauch findet sich häufig auch ein Ermessensfehlergebrauch, d.h., das Ermessen wird nicht sachgerecht entsprechend dem Zweck der Ermessensregelung ausgeübt. So ist es ermessensfehlerhaft, wenn ein Sozialleistungsträger eine Abzweigung zur Begleichung von in der Vergangenheit angefallenen Unterhaltsschulden vornimmt, da die Abzweigung alleine der Beseitigung einer *gegenwärtigen* und der Verhinderung einer *zukünftigen* Notlage dient.

3.4 Umfang der Abzweigung

Die Abzweigung hat „in angemessener Höhe“ zu erfolgen. Der Beurteilungsspielraum, der sich aus dieser Formulierung ergibt, muss durch den Sozialleistungsträger in jedem Einzelfall ausgefüllt werden.²¹ Hierbei hat er zu berücksichtigen, dass Maßstab für die Höhe der Abzweigung die Höhe des gesetzlichen Unterhaltsanspruchs ist. Wurde durch den Unterhaltsgläubiger bereits ein unterhaltsrechtlicher Titel erwirkt, so bestimmt und begrenzt dieser die Unterhaltspflicht auch in Hinblick auf § 48 SGB I.²² Der Sozialleistungsträger darf dem Abzweigungsberechtigten nicht mehr zubilligen als durch den Titel festgestellt wurde.²³ Wurde noch kein ent-

16 §§ 60 ff. SGB I sind nur anwendbar, wenn das Verwaltungsverfahren über die Abzweigung nicht von Amts wegen eingeleitet wurde.

17 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07 R, Rdnr. 15.

18 BSG, Urt. v. 13.07.2006, B 7a AL 24/05 R, Rdnr. 15 ff.

19 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07 R, Rdnr. 16.

20 Vgl. hierzu ausführlich LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.12.2003, L 8 AL 685/02.

21 So bereits BSG, Urt. v. 18.08.1983, 7 RAR 101/81, BSGE 55, 245 ff.

22 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07, Rdnr. 15.

23 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 19.01.1999, L 13 AL 4379/97, juris.

sprechender Titel erwirkt, aus dem sich die Höhe des geschuldeten Unterhalts ergibt, hat der Sozialleistungsträger die Unterhaltspflicht sowie deren Höhe selbst zu ermitteln. Aber auch in diesem Fall darf der Abzweigungsbetrag nicht über den unterhaltsrechtlich geschuldeten Betrag hinausgehen.

Der Abzweigungsbetrag wird nicht nur durch die Höhe des unterhaltsrechtlichen Anspruchs begrenzt, sondern auch durch das soziokulturelle Existenzminimum. Der Sozialleistungsträger hat im Rahmen seines Beurteilungsspielraums zu berücksichtigen, dass die Abzweigung nicht in dasjenige eingreift, was der Sozialleistungsberechtigten zu einem der Würde des Menschen entsprechenden Leben benötigt.²⁴

4. Abzweigung von Kindergeld und anderen Geldleistungen für Kinder

Die Voraussetzungen für die Gewährung von Kindergeld ergeben sich nur bei einem ganz geringen Anteil der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland aus dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG). Für die Mehrheit stellt Kindergeld nach Maßgabe der §§ 31, 62 Einkommensteuergesetz (EStG) im Rahmen des Familienleistungsausgleichs die steuerrechtliche Freistellung des Existenzminimums dar. Für sie ist Kindergeld keine Sozialleistung, sondern eine vorweggenommene Einkommensteuervergütung²⁵, d.h. eine Einkommensteuerrückerstattung. Die Regelungen über die sozialrechtliche Abzweigung (§ 48 SGB I) sind nur anwendbar, wenn das Kindergeld nach dem BKGG als Sozialleistung gewährt wird.

Das Einkommensteuerrecht enthält jedoch für die weitaus größere Gruppe von Kindern, deren Eltern in der Bundesrepublik Deutschland unbeschränkt einkommensteuerverpflichtet sind und daher Kindergeld nach Maßgabe der §§ 31, 62 EStG erhalten, ein der sozialrechtlichen Abzweigung vergleichbares, allerdings antragsabhängiges Instrument: § 74 EStG. Es enthält fast identische Regelungen zur Abzweigung. Gleich, ob die Abzweigung nach

§ 48 SGB I oder nach § 74 EStG vorgenommen wird, hat sie **auch dann Erfolg, wenn** der kindergeldberechtigte Elternteil **mangels Leistungsfähigkeit nicht unterhaltspflichtig** oder nur in einem Umfang unterhaltspflichtig ist, der unter der Höhe des Kindergeldes liegt. Das bedeutet, dass das Kind eine Abzweigung des Kindergeldes auch dann in voller Höhe an sich verlangen kann, wenn aufgrund mangelnder oder geringer Leistungsfähigkeit des kindergeldberechtigten Elternteils keine oder nur eine geringe Unterhaltspflicht besteht.

Auch andere kinderbezogene Geldleistungen können nach § 48 SGB I abgezweigt werden, so z.B. Kinderzuschläge nach § 270 SGB VI bzw. 33b BVG. Diese Leistungen haben aber in der Praxis ihre Bedeutung verloren.

5. Abzweigung bei Unterbringung (§ 49 SGB I)

§ 49 SGB I regelt die Abzweigung in Unterbringungsfällen, d.h. beispielsweise dann, wenn sich der Sozialleistungsbechtigte in Straf- oder Untersuchungshaft (Straf- und Maßregelentzug nach §§ 2, 129 StVollzG, Untersuchungshaft nach §§ 112 ff. StPO) befindet oder nach gerichtlicher Anordnung wegen einer psychischen Erkrankung in einer Anstalt untergebracht ist.

Die Voraussetzungen für eine Abzweigung sind im Einzelnen neben einer gesetzlichen Unterhaltspflicht eine für eine Dauer von mehr als einem Monat richterlich angeordnete Unterbringung in einer Einrichtung oder Anstalt und ein Anspruch auf eine laufende Geldleistung, die der Sicherung des Lebensunterhalts dient. Des Weiteren muss ein Antrag auf Abzweigung gestellt werden. Antragsberechtigt sind nicht nur die Unterhaltsberechtigten und Unterhalt gewährenden Stellen, sondern auch der unterhaltsverpflichtete Sozialleistungsberechtigte.

Im Gegensatz zur Abzweigung nach § 48 SGB I handelt es sich bei der Abzweigung nach § 49 SGB I um eine Pflicht- und nicht um eine Ermessensentscheidung.

6. Rechtsbehelfe

Die Frage, welcher Rechtsbehelf eingelegt werden kann, richtet sich nach dem Begehren des Betroffenen. Möchte sich der Mandant dagegen wehren, dass eine von ihm beantragte Abzweigung abgelehnt wurde, so ist vor Erhebung einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der ablehnenden Entscheidung Widerspruch einzulegen (§ 62 SGB X i.V.m. §§ 78 ff. SGG).

Erfolgreich kann der Rechtsbehelf beispielsweise dann sein, wenn die Behörde das ihr durch den Gesetzgeber auferlegte Ermessen nicht oder nicht dem Zweck der Abzweigung entsprechend ausgeübt hat. So ist eine Abzweigungsentscheidung zweck- und damit rechtswidrig, wenn sie unter den Vorbehalt der Einwilligung des Sozialleistungsberechtigten gestellt wurde.²⁶

Benötigt der Mandant die Geldleistungen aus der Abzweigung dringend, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können, so sollte – neben dem Widerspruch – erwogen werden, beim zuständigen Sozialgericht²⁷ einen Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes nach § 86b Abs. 2 SGG zu stellen. Zwar handelt es sich bei der Abzweigung um eine Ermessensentscheidung des Sozialleistungsträgers, die einem einstweiligen Rechtsschutz nicht zugänglich ist; häufig dürfte jedoch eine so genannte „Ermessensreduzierung auf Null“ vorliegen, so dass ein Anspruch auf Abzweigung besteht, der durch eine einstweilige Anordnung vorläufig durchgesetzt werden kann. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung kann

24 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07, Rdnr. 17 ff.; vgl. auch LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 3.2.2004, L 3 AL 100/03.

25 Vgl. Schmidt, Ludwig, Kommentar zum EStG, 2008, § 62 Rz. 2 und 4.

26 So in dem durch das BSG im Urt. v. 29.8.1984, BSGE 57, 127 f., entschiedenen Fall.

27 Ganz ausnahmsweise ist der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten eröffnet, so z.B. in Angelegenheiten der Kriegsofferfürsorge, die jedoch im Zusammenhang mit der Abzweigung keine Rolle spielen dürften, weil der leistungsberechtigte Personenkreis in aller Regel infolge fehlender Leistungsfähigkeit nicht unterhaltsverpflichtet sein wird.

nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der Klient müsse zunächst einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII durchsetzen.²⁸

Es ist wichtig, den Mandanten darauf hinzuweisen, dass das Verfahren **im Falle des Unterliegens** ausnahmsweise **nicht kostenfrei** ist (§ 197a SGG i.V.m. § 154VwGO). Das BSG betrachtet denjenigen, der die Abzweigung begehrt, nicht als potenziellen Sozialleistungsempfänger, so dass er nicht zu den in § 183 SGG von der Kostenfreiheit profitierenden Personen zu zählen ist.²⁹

Begehrt der Mandant hingegen die Aufhebung der durch Verwaltungsakt „gegen ihn“ geregelten Abzweigung, so ist vor Erhebung einer Anfechtungsklage ebenfalls Widerspruch einzulegen. Anfechtungswiderspruch und Anfechtungsklage haben aufschiebende Wirkung (§ 86a SGG)³⁰, so dass eine zugunsten des Unterhaltsgläubigers erfolgte Abzweigung zunächst nicht vollzogen werden darf. Die Sozialleistung muss also weiter in voller Höhe ausgezahlt werden.

Anders ist dies nur dann, wenn im Abzweigungsbescheid die sofortige Vollziehung des Bescheids angeordnet wurde. Sie lässt die aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs entfallen. Für denjenigen, der die Abzweigung beantragt, hat dies zur Folge, dass er tunlichst darauf achten sollte, zugleich mit der Abzweigung die Anordnung der sofortigen Vollziehung anzuregen. Sie wird in aller Regel im überwiegenden Interesse des Unterhaltsgläubigers (§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG) stehen.³¹

7. Kein Schutz vor Pfändung

Auch ein erfolgreicher Antrag auf Abzweigung schützt den Unterhaltsgläubiger nicht davor, dass ein Dritter durch Pfändung Zugriff auf die Sozialleistung nimmt. Ist ein menschenwürdiges Leben nun nicht mehr gewährleistet, muss unverzüglich ein Antrag auf Grundsicherungsleistungen nach SGB II („Hartz IV“) oder ein Sozialhilfeantrag gestellt werden. Grundsicherung und Sozialhilfe werden grundsätzlich erst ab Kenntnis vom Bedarf bzw. Eingang des Antrags geleistet, nicht jedoch für die

Vergangenheit. Daher empfiehlt sich eine sofortige Antragstellung. Um Pfändungen Dritter zuvorkommen, sollte zudem darauf geachtet werden, zeitnah selbst einen Unterhaltstitel zu erwirken und diesen zu vollstrecken.

III. Ergebnis

Die Abzweigung ist ein wirksames Mittel, um Unterhaltsansprüche unterhaltsberechtigter Mandanten zeitnah zumindest teilweise durchzusetzen. Sie bewirkt, dass laufende Sozialleistungen durch den Sozialleistungsträger ganz oder teilweise an den Unterhalts-

berechtigten ausgezahlt werden. Das Besondere hieran ist, dass hierzu kein Unterhaltstitel erforderlich ist. Die Kenntnis von Inhalt und Wirkungsweise der Abzweigung erleichtert in der Rentenberatung die zielgenaue Hilfe von Betroffenen, gleich, ob es sich um Unterhaltsschuldner oder um von einer Abzweigung betroffene Sozialleistungsempfänger handelt.

Anschrift des Verfassers:
Schlesierstr. 79c
65205 Wiesbaden

Rentenversicherungsträger „unter der Lupe“ der Aufsicht

Bundesversicherungsamt prüfte 450 Rentenakten – Nachzahlungen in vielen Fällen

Von Dr. jur. Dieter Leopold

Stichproben des Bundesversicherungsamtes – abgekürzt BVA – brachten es an den Tag: Viele Rentnerinnen und Rentner haben in den vergangenen Jahren zu geringe Altersbezüge erhalten, weil ihr Rentenbescheid fehlerhaft war. Vielfach haben sich die Renten nach einer entsprechenden Neufeststellung um einen zweistelligen Eurobetrag im Monat erhöht. Die Nachzahlungen liegen im Einzelfall im drei- bis fünfstelligen Eurobereich. Eine Rentnerin erhielt sogar eine Nachzahlung von 16.000 Euro. Die Gesamthöhe der Nachzahlungen dürfte sich im zweistelligen Millionenbereich bewegen.

In den vergangenen Jahren hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) jeweils rund zwei Millionen Rentenbescheide verschickt. Die Rentenversicherungsträger verfügen nicht über interne Fehlerberichte, wissen also nicht, wie viele falsche Rentenbescheide ergangen sind.

In regelmäßigen Abständen prüft das BVA die Arbeit der seiner Aufsicht un-

terstehenden bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger, also von Krankenkassen, Pflegekassen, Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträgern. Ein ausführlicher, auch im Internet zugänglicher Prüfbericht gibt alljährlich Fachleuten und auch interessierten Laien einen interessanten Einblick in ein immer komplizierter werdendes Sozialversicherungsrecht, insbesondere auch in der gesetzlichen Rentenversicherung, wo es trotz zunehmender technischer Unterstützung nach wie vor schwierig ist, die gesetzlichen Bestimmungen fehlerfrei in die Praxis umzusetzen.

28 Niesel/Herold-Tews, Der Sozialgerichtsprozess, 5. Aufl. 2009, Rdnr. 655.

29 BSG, Urt. v. 17.03.2009, B 14 AS 34/07, Rdnr. 22.

20 LSG Baden-Württemberg, NZS 2005, S. 335; LSG Hessen, Beschl. v. 28.12.2004, L 6 AL 195/04 ER.

31 Vgl. hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 10.03.2005, L 1 B 46/04 AL ER.

Im Jahr 2007 schloss das BVA bei zwei Rentenversicherungsträgern die Überprüfung von Altersrenten ab. Dabei waren 450 Akten-Vollprüfungen durchgeführt worden. Jeweils 75 Akten entfielen auf die Leistungsarten Regelaltersrente im Anschluss an eine Erwerbsminderungsrente, Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit und auf die Altersrente für langjährig Versicherte.

Beratung der Versicherungsträger lässt zu wünschen übrig

Eine wesentliche Erkenntnis gewannen die Prüfer bei ihrer Tätigkeit: Die Rentenversicherungsträger haben bei der Bearbeitung von Rentenanträgen die angehenden Rentnerinnen und Rentner unzureichend beraten. Dazu wird anschaulich ein Beispiel angeführt: Grundsätzlich erhalten Antragsteller, wenn sie die Voraussetzungen dafür erfüllen, die beantragte Rente. Weil die Rentenhöhe nicht nur von Beitragsmonaten, sondern auch von der Leistungsart abhängt, kann es bei der Sachbearbeitung problematisch werden, wenn auf dem Antragsvordruck nicht die vorteilhafteste Rentenart angekreuzt wird. So ist es für Frauen, die zwischen 1940 und 1944 geboren wurden, günstiger eine Altersrente für Frauen zu beziehen als eine andere Altersrentenart, etwa wegen Arbeitslosigkeit; denn bei der Altersrente für Frauen fällt der Rentenabschlag aufgrund von Vertrauensschutztatbeständen und Übergangsvorschriften geringer aus. Wie die Suchläufe ergaben, haben inzwischen 8.000 Rentnerinnen eine zu geringe Altersrente erhalten. Ihre Rentenbescheide wurden inzwischen automatisch überprüft.

Die Prüfer gingen auch der Frage nach, in welchen Fällen Bezieher einer Erwerbsminderungsrente eine vorgezogene Altersrente beantragen sollten – vor allem dann, wenn weitere Zeiten nach dem Leistungsfall hinzugekommen sind. Dann kann es vorteilhaft sein, bereits eine flexible Altersrente zu beantragen. Auf diese Chance wiesen die Sachbearbeiter der Rentenversicherungsträger nicht immer hin. Bei der Überprüfung war in 12 von 75 Fällen der Zahlbetrag der Altersrente höher.

Wenn sich Frauen Rentenversicherungsbeiträge erstatten ließen

Eine besondere Fallgruppe dürfte – so das BVA optimistisch – in den Genuss von hohen Rentennachzahlungen kommen, nämlich Frauen, denen anlässlich ihrer Heirat die Rentenversicherungsbeiträge erstattet worden waren und die dann später die Beiträge nachentrichteten. Weil die Beiträge erst nach dem Leistungsfall der Erwerbsminderung entrichtet worden waren, lagen sie der Erwerbsminderungsrente noch nicht zugrunde. Neufeststellungsverfahren dürften in mehreren hundert Fällen eine höhere Rente zur Folge haben, und zwar deshalb, weil die bis zum 31. Dezember 1995 befristete Nachzahlung von Rentenversicherungsbeiträgen extrem renditestark ist; denn die nachgezählten Beiträge werden so bewertet, als wären sie im Bestimmungsjahr (z.B. 1958) gezahlt worden.

Bei Altersrenten, die im Anschluss an Erwerbsminderungsrenten folgten, wurden vielfach Beitragszeiten nicht der Rentenberechnung zugrunde ge-

legt. „In sehr vielen Fällen“ stellte die Aufsichtsbehörde fest, dass nach dem Leistungsfall entrichtete Arbeitsentgelte oder Entgelte wegen Sozialleistungsbezugs bei der späteren Altersrente nicht berücksichtigt worden waren, obwohl vielfach Nachweise vorlagen, die Rückschlüsse auf eine Beitragsentrichtung zuließen.

Einen weiteren Fehlerschwerpunkt bildete die Kennzeichnung, Ermittlung und Entgeltaufteilung von Berufsausbildungszeiten. Aufgrund der hohen Beanstandungsquote sieht das BVA die Rentenversicherungsträger gefordert, ihren Qualitätsstandard deutlich zu erhöhen, insbesondere die Berufsausbildungszeiten genau zu kennzeichnen. Während früher die ersten vier oder fünf Berufsjahre pauschal höher bewertet wurden, werden jetzt nur noch tatsächliche Berufsausbildungszeiten bis maximal drei Jahre besser bewertet.

Anschrift des Verfassers:
Scheffelstr. 17
97072 Würzburg

Der ärztliche Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation – wer darf ihn bekommen?

Von Walter Vogts

Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Die Rentenversicherung erbringt dabei Leistungen nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“.¹ Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben (§ 51 Abs. 1 SGB V). Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sind Rehabilitationsträger nach den Vorschriften des SGB IX.²

Führt die Deutsche Rentenversicherung eine Rehabilitationsmaßnahme durch, so ist der Reha-Entlassungsbericht ein (ärztlicher) Brief von besonderer Bedeutung, denn:

- Er dient der Dokumentation und Information über den Behandlungsanlass bei dem Rehabilitanden, den Verlauf der Rehabilitation und das Rehabilitationsergebnis.

¹ Vgl. Münstermann RV 7/2009, S. 125–126.

² Vgl. Marburger, Abgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherungsträger bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, RV 5/2009 S. 81–85.

- Er umfasst darüber hinaus eine sozialmedizinische Beurteilung des Arztes der Reha-Einrichtung mit einer Aussage über die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden im Erwerbsleben.
- Er ist daher für verschiedene Stellen von Interesse, für den ambulant behandelnden Arzt, für den Rentenversicherungsträger, die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen als Entscheidungsgrundlage z.B. für die Zahlung von Krankengeld.

Wegen der darin enthaltenen sensiblen personenbezogenen Daten darf ihn nicht jeder erhalten, der ein Interesse vorgibt. Es war gängige Praxis, dass der Rehabilitand vom Arzt der Reha-Einrichtung beim Abschlussgespräch gefragt wird, ob er damit einverstanden sei, dass der Bericht oder Teile desselben an den behandelnden Arzt, die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) übermittelt würden. Die Übermittlung erfolgte dann oft routinemäßig an die verschiedenen Stellen, ohne dass im jeweiligen Einzelfall geprüft wurde, ob die Kenntnis aller Daten aus dem Bericht für den jeweiligen Empfänger auch erforderlich war.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hielt diese Praxis für bedenklich³ und monierte: *Sofern nach den gesetzlichen Vorschriften der Krankenkasse oder dem MDK Informationen aus dem Reha-Entlassungsbericht nicht zustehen, dürfen die Daten auch nicht auf Basis einer Einwilligung offenbart werden.* Der Betroffene weiß im Zweifel nicht, dass die Krankenkasse oder der MDK gar keinen Anspruch auf die Daten hat. Auch bei einer restriktiven Übermittlungspraxis bleibt es dem Einzelnen unbenommen, zu einem späteren Zeitpunkt selber die Kasse/den MDK zu informieren. Auf eine routinemäßige Abfrage einer Einwilligungserklärung bei der Entlassung aus der Reha-Einrichtung sollte verzichtet werden.

Der Datenschutzbeauftragte hat bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) erreicht, dass der Reha-Entlassungsbericht auf Einwil-

lungsbasis nunmehr nur an den behandelnden Arzt weitergegeben wird. Die Übersendung des Berichts an die Krankenkasse oder den MDK darf nur erfolgen, wenn die Empfänger über eine gesetzliche Erhebungsbefugnis dieser Daten verfügen. Eine Übermittlung des vollständigen Berichts an die Krankenkasse ist nicht zulässig, da die Krankenkasse die Kenntnis des Gesamtberichts nach den Vorschriften im SGB V nicht zusteht.

Diese Rechtslage darf nicht durch eine Einwilligung unterlaufen werden. Für die Arbeit der Krankenkasse kann es im Einzelfall jedoch erforderlich sein, bestimmte Daten aus dem Bericht zu erhalten, z.B. dann, wenn der Rehabilitand arbeitsunfähig entlassen wird und das Krankengeld von der Krankenkasse weiterzuzahlen ist. Ebenso kann es erforderlich sein, dass der MDK den Gesamtbericht oder Teile desselben für seine Arbeit benötigt. Diese Fälle sind abschließend im SGB V geregelt. Nur wenn die Erforderlichkeit im Einzelfall gegenüber der DRV Bund dargelegt wird, ist eine Übermittlung zulässig. Eine routinemäßige Übermittlung des Berichts oder Teile desselben darf es jedoch nicht geben. Zudem muss die anfordernde Stelle im Einzelfall die Einwilligung beim Betroffenen einholen.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sah es ferner als klärungsbedürftig an, ob die DRV Bund regelmäßig den vollständigen Reha-Entlassungsbericht erhalten darf. Nachdem die DRV Bund nachvollziehbar darlegen konnte, dass sie die Kenntnisnahme des vollständigen Berichts für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigt, ist dies unter folgenden Bedingungen vertretbar: Es muss zum einen sichergestellt sein, dass bereits in den Reha-Kliniken nur die erforderlichen Daten erhoben werden. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Zugriffsmöglichkeiten auf den Entlassungsbericht innerhalb der DRV Bund datenschutzgerecht ausgestaltet werden, der Zugriff einzelner Mitarbeiter also nur erfolgt, soweit dies jeweils erforderlich ist.

Am 19. Juni 2009 ist die Neufassung von § 13 Abs. 4 Satz 1 der „Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie)“ in Kraft getreten.⁴ Danach darf der Entlassungsbericht nur noch an den Vertragsarzt übergeben werden. Ist jedoch während der Reha-Leistung erkennbar geworden, dass der bisherige Arbeitsplatz der/des Versicherten gefährdet ist oder andere Leistungen zur Teilhabe notwendig sind, unterrichtet die Rehabilitationseinrichtung die Krankenkasse.

Unverändert gültig ist § 13 Abs. 4 Satz 2 der Rehabilitations-Richtlinie: Der Entlassungsbericht soll den Versicherten auf Wunsch übermittelt werden.

Mit Vordruckschreiben G820 informiert die Deutsche Rentenversicherung zum Ende jeder Reha-Maßnahme darüber, was ein ärztlicher Entlassungsbericht ist und was damit geschieht. Hieraus einige Zitate:

- Bitte fragen Sie beim Abschlussgespräch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung nach dem wesentlichen Inhalt des Entlassungsberichtes, er wird Ihnen die gewünschte Auskunft geben.
- Sie allein entscheiden, ob und gegebenenfalls welchem Arzt Ihres Vertrauens der Entlassungsbericht übermittelt werden darf.
- Natürlich ist es schwierig, diese Entscheidung zu treffen, ohne den Entlassungsbericht vorher gesehen zu haben. Sie können aber auf die Angaben des Arztes im Abschlussgespräch vertrauen.
- Ihr Arzt wird sicherlich bereit sein, bei einem Ihrer nächsten Besuche in der Praxis mit Ihnen ausführlich den Inhalt des Berichts zu besprechen.

Angefügt sind Auszüge aus SGB und StGB sowie ein Vordruck mit der Anforderung: *Übergeben Sie die unterschriebene Erklärung beim Abschlussgespräch dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung; eine Ausfertigung Ihrer Erklärung ist für Sie bestimmt.* Sodann kann (nur) bestimmt

³ Vgl. 22. Tätigkeitsbericht für die Jahre 2007 und 2008 unter 10.4.

⁴ Vgl. Bundesanzeiger Nr. 87 vom 18.06.2009.

werden, ob der Entlassungsbericht an behandelnden Arzt, Krankenhausarzt, DMP-Arzt, Betriebsarzt oder Personalarzt übermittelt werden soll. Das Formular enthält jedoch – und das dürfte Absicht sein – keine Wahlmöglichkeit zu erklären: *Auch ich, als Betroffener, wünsche ein Exemplar des vollständigen Entlassungsberichts.*

Mündliche Auskünfte während des Abschlussgesprächs werden niemals dokumentiert. In seinem schriftlichen Entlassungsbericht gibt der Arzt der Rehabilitationseinrichtung eine so genannte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ab, bezeichnet die letzte berufliche Tätigkeit und äußert sich zum positiven wie negativen Leistungsvermögen präzise, wenn auch genormt, mit einer zusammenfassenden Bewertung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit noch ausgeübt werden

kann – für das weitere Berufsleben oder das Berentungsschicksal möglicherweise mitentscheidend.

In der Praxis ist es einem Rehabilitanden selten und oft nur mit querulatorisch anmutendem Einsatz möglich, „seinen“ vollständigen Entlassungsbericht direkt und zeitnah vom Reha-Träger – ohne Einschaltung des Hausarztes – zu erhalten. Alsdann jedoch kann er in Ruhe allein oder zum Beispiel mit seinem Rentenberater entscheiden, ob die Weitergabe sinnvoll ist: Unterstützung eines arbeitsgerichtlichen Rechtsstreits, Durchsetzung der Schwerbehindertenanerkennung mit Bewilligung von Merkzeichen, Geltendmachung von Ansprüchen aus einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung, Abgleichung mit Feststellungen anderer Gutachter, Zusatzbehandlung durch Heilpraktiker usw.

Man kann nur wünschen, dass (auch) bei der Deutschen Rentenversicherung und den von ihr beauftragten Reha-Einrichtungen künftig § 13 Abs. 4 Satz 2 der Rehabilitations-Richtlinie mit Leben erfüllt und die Aufklärung verbessert wird: Der Versicherte hat Anspruch auf den Entlassungsbericht, eigentlich als Erster (!) – das darf und soll ihm vom Arzt im Entlassungsgespräch deutlich vermittelt werden. Es geht dabei um die Sicherung und Verwirklichung eines Grundrechts, das unmittelbar aus der Menschenwürde und der freien Entfaltung der Persönlichkeit folgt.

Anschrift des Verfassers:
Oberdorfstr. 16
76831 Ilbesheim

Zum Zeitgeschehen

Nachrichten aus der Sozialversicherung

Zusammengestellt von Dr. jur. Dieter Leopold

Wertguthabenverwaltung durch die Rentenversicherung

Wertguthaben aus einer flexiblen Arbeitszeitregelung können seit 1. Juli 2009 bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zur vorübergehenden Verwaltung auf die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund übertragen werden. Interessant ist dies vor allem für Arbeitnehmer, die im Rahmen einer flexiblen Arbeitszeitregelung Wertguthaben für Zeiten einer späteren Freistellung von der Arbeitsleistung aufgebaut haben und bei Beendigung der Beschäftigung dessen Auflösung – mit Beitragszahlung sowie Versteuerung – vermeiden wollen. Das übertragene Wertguthaben kann beispielsweise in einem neuen Beschäftigungsverhältnis für Zeiten der gesetzlichen Freistellung (z.B. Pflege- oder Elternzeit) verwendet werden. Darüber hinaus kann es auch in Zeiten der Nichtbeschäftigung bis zum Beginn einer Altersrente der GRV entspart werden. Bei einer erstmaligen

Übertragung im Jahr 2009 muss das Wertguthaben (inkl. Arbeitgeber-Beitragsanteile) in den alten Bundesländern 15.120 Euro und in den neuen Bundesländern 12.810 Euro übersteigen.

Die erste Krankenkasse erhebt einen Zusatzbeitrag

Jetzt ist das eingetreten, was Fachleute schon seit einiger Zeit erwartet hatten: Die Gemeinsame Betriebskrankenkasse Köln (GBK) erhebt als erste Krankenkasse in Deutschland von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zum bundeseinheitlichen Beitragssatz von 14,9 Punkten. Danach haben die rund 30.000 Mitglieder der GBK je acht Euro pro Monat zu zahlen, und zwar rückwirkend ab 1. Juli 2009. Grund für diese Maßnahme sind die Kosten teurer Behandlungen von Bluter-Erkrankungen zweier Mitglieder, aber auch die vorhersehbaren Kosten, die die Krankenkasse bei der Impfung gegen „Schweinegrippe“ im Herbst dieses Jahres auf-

zuwenden hat. Nach Angaben des Vorstandsvorsitzenden der Krankenkasse der BKK in der Domstadt, Helmut Wasserfuhr, ist die kleine Krankenkasse in den Jahren 2005 und 2006 durch die 14 Millionen Euro teure Bluterbehandlung in die finanzielle Schieflage geraten. Trotz einer 2003 mit einer anderen BKK erfolgten Fusion war sie zu klein, um eine solche Summe verkraften zu können. Obwohl sie aus einem „Hochrisikopool“ der gesetzlichen Krankenversicherung 60 Prozent der Kosten erstattet bekam, reichte dies immer noch nicht, um die Krankenkasse finanziell zu entlasten. So erhielt sie zusätzlich ein Darlehen vom BKK-Bundesverband, das sie jetzt zurückzahlen muss.

Ein „Mini-Lohn“ ergibt später auch eine „Mini-Rente“

Der Sozialverband Deutschland (SoVD) hat ein Konzept vorgelegt, das auch Geringverdiener und Langzeitarbeitslose vor Armut im Alter schützen soll. „Mini-Löhne“ führen später zu „Mini-Renten“, erklärte SoVD-Präsident Adolf Bauer. Mit der Einführung eines flächendeckenden gesetzlichen Mindestlohns wird nach seinen Worten das Risiko der Altersarmut entschärft. Zugleich schlug Bauer einen gestaffelten

Rentenfreibetrag vor. Dadurch könnte der Betroffene einen Teil seiner gesetzlich erworbenen Rentenansprüche zusätzlich zur Grundsicherung im Alter bekommen. Im konkreten Fall sollen monatlich bis zu 175 Euro der gesetzlichen Rente nicht mit der Grundsicherung verrechnet werden dürfen. Darüber hinaus hat der SoVD angeregt, den von den Agenturen für Arbeit zu tragenden Rentenversicherungsbeitrag für Hartz-IV-Empfänger von 40 auf 250 Euro im Monat aufzustocken. Entsprechend höher würde die spätere Rente ausfallen. Die Kosten des Konzepts konnte Bauer nicht genau beziffern. Wenn jeder Grundsicherungsempfänger mit einem Rentenanspruch den Freibetrag von 175 Euro ausschöpfen würde, kämen auf die Steuerzahler bereits Kosten von über einer Milliarde Euro zu.

Lohnnachweise für die gesetzliche Unfallversicherung

Seit Jahresbeginn sind bei Entgeltmeldungen auch die Daten zur gesetzlichen Unfallversicherung mit anzugeben. Aus diesen gemeldeten Daten wird die gesetzliche Rentenversicherung ab dem 1. Januar 2010 einen maschinellen Lohnnachweis erstellen und an die jeweilige Berufsgenossenschaft übermitteln. Erstmals im nächsten Jahr wird dieser Lohnnachweis – neben dem für die Beitragsberechnung bis 2011 maßgebenden, vom Arbeitgeber weiterhin zu erstellenden Lohnnachweis – für das Kalenderjahr 2009 maschinell erstellt und enthält neben dem Umlagejahr die Betriebsnummer des zuständigen Unfallversicherungsträgers, die Mitgliedsnummer des Unternehmens, Gefahrtarifstellen, kumuliertes Arbeitsentgelt bzw. Arbeitsstunden je Gefahrtarifstelle und die Anzahl der Versicherten im Umlagejahr. Um das gesamte unfallversicherungspflichtige Arbeitsentgelt des jeweiligen Kalenderjahres im Lohnnachweis abzubilden, werden neben den Angaben aus den Jahresmeldungen auch die Unfallversicherungsdaten der Abmeldungen und Unterbrechungsmeldungen herangezogen. Die Frist zur Abgabe der Jahresmeldung (bis 15. April des Folgejahres) ändert sich nicht.

Kommt ein Arbeitgeber nicht oder nicht vollständig seinen Meldepflichten nach und kann deshalb kein selbstständiger Lohnnachweis erzeugt werden, wird dies dem Unfallversicherungsträger ebenfalls angezeigt. Dieser erlässt dann einen Schätzbescheid.

Stärker der Scheinselbstständigkeit auf der Spur

Wieder stärker ins Visier nimmt die gesetzliche Rentenversicherung (DRV) die „Scheinselbstständigkeit“. So interessieren sich die Betriebsprüfer der DRV vermehrt dafür, ob ein Unternehmen freie Mitarbeiter beschäftigt und welchen Status diese haben. Auch die Mitarbeiter der Abteilung „Finanzkontrolle Schwarzarbeit“, die dem Zoll untersteht, sehen sich insbesondere bei ihren Kontrollen auf Baustellen, in Friseursalons und in Hotels die Unterlagen der dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf eine mögliche Scheinselbstständigkeit, aber auch Schwarzarbeit, genau an. Schätzungen darüber, wie viele Scheinselbstständige es in Deutschland gibt, liegen der DRV nicht vor. Experten gehen davon aus, dass dieser Personenkreis vor allem in der Informationstechnologie-Branche eingesetzt wird, aber auch im Versicherungsvertrieb, bei Architekten, Gebäudereinigern, Lkw- und Kurierfahrern sowie bei Franchise-Unternehmen. Wenn eine abhängige Beschäftigung vorliegt, können die Sozialversicherungsträger die Beiträge nachfordern, insbesondere bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit. Unter Umständen kassiert auch das Finanzamt nachträglich Lohnsteuer.

Bildpflicht für die neue elektronische Gesundheitskarte

In diesem Monat fällt der Startschuss für die elektronische Gesundheitskarte, und zwar in der Region Nordrhein. Bis wann die übrigen fast 70 Millionen Krankenversicherten das neue, teilweise umstrittene Plastikkärtchen in Händen halten, „steht noch in den Sternen“. Vielleicht erst in drei oder vier Jahren. Schon jetzt sind Hunderttausende von Versicherten aufgefordert, ihrer Krankenkasse ein Foto zukommen zu lassen.

Doch sollten sie sich dabei keinesfalls unter Druck setzen lassen. Wer derzeit noch kein Lichtbild abgeben will, weil er entweder den Aufwand scheut, wenig Sinn darin sieht oder Datenmissbrauch fürchtet, braucht – so die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten – keine Konsequenzen zu befürchten: Der Krankenversicherungsschutz bleibt weiterhin bestehen. Ein Foto darf zu diesem Zweck von der Krankenkasse nicht erpresst werden. Zahlreiche Krankenkassen wollen rechtzeitig für die aufwändige Umstellung auf das neue Kartenzeitalter gerüstet sein. Deshalb werden die Fotos von den Versicherten schon jetzt angefordert. Nach Aussagen des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen sollen Lichtbilder auf der Gesundheitskarte den Missbrauch erschweren. Die alte Karte ist selbst nach Einführung der neuen elektronischen Gesundheitskarte voraussichtlich noch eine Zeit lang parallel gültig; denn nicht überall werden in Praxen und Krankenhäusern gleichzeitig die erforderlichen Lesegeräte zur Verfügung stehen.

Entgeltbescheinigungs-Richtlinie soll Mindeststandards bestimmen

Das Bundesarbeitsministerium plant, eine Entgeltbescheinigungs-Richtlinie zu erlassen. Sie soll Mindeststandards für den Inhalt der Entgeltbescheinigung bestimmen. Die Bescheinigung soll Arbeitnehmern auch als Nachweis gegenüber Dritten, insbesondere den Sozialleistungsträgern, dienen können. In der neuen Richtlinie soll im Wesentlichen der Inhalt einer Entgeltbescheinigung festgelegt werden. Sie wird einerseits die Angaben zur Identifikation der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie die Angaben, die für die Abrechnung im angegebenen Zeitraum relevant waren, bestimmen. Andererseits wird die Richtlinie die differenzierte Darstellung der Entgeltzahlung nach Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen regeln, damit der Arbeitnehmer die Art und den Umfang der jeweiligen Abzüge bzw. Zuwendungen erkennen kann. Angaben, die über den Rahmen der Richtlinie hinausgehen, sollen zulässig sein, wenn dies ausdrücklich durch tarif-

oder einzelvertragliche Regelungen, eine Betriebsvereinbarung oder gesetzliche Vorschriften bestimmt ist.

Kurzarbeit macht sich für die Betriebe bezahlt

Für eine Studie hat das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hochgerechnet, dass deutsche Unternehmen und Betriebe im laufenden Jahr bis zu 6,2 Milliarden Euro für Kurzarbeit ausgeben. Kurzfristig sei dies eine Belastung für die Unternehmen, langfristig jedoch betrachtet eine sinnvolle Investition. Wer jetzt – so das IAB – seine Fachkräfte halte, müsse sich später keine neuen suchen, wenn die Konjunktur wieder anzieht. Diese Unternehmen sparen zudem in vielen Fällen hohe Abfindungszahlungen und später die Kosten für Personalakquise. Letztlich kämen die Firmen mit Kurzarbeit besser weg, wenn die Konjunktur wieder anzieht. Wer Personal abbaue und nach der Krise wieder neu einstelle, müsse je nach Qualifikation mit Kosten zwischen 7.000 und 32.000 Euro je Mitarbeiter rechnen. Im Jahresdurchschnitt 2009 rechnen die Arbeitsmarktexperten mit 1,1 Millionen Kurzarbeitern. Dies bedeutet, dass durchschnittlich 38 Prozent der normalen Arbeitszeit ausfallen – rund 630 Millionen Arbeitsstunden. 80 Prozent der Kurzarbeiter sind im verarbeitenden Gewerbe beschäftigt und hier speziell im Maschinenbau, in stark exportorientierten Firmen und in der Automobilindustrie.

Ein Gesetz mit Neuerungen in vielen Bereichen

Freiwillig versicherte Selbstständige haben bei Zahlung des vollen Beitragsatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 14,9 Prozentpunkten nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit seit 1. August 2009 wieder Anspruch auf Krankengeld. Dafür abgeschlossene Zusatzversicherungen endeten automatisch am 31. Juli 2009. Diesem Personenkreis steht es allerdings frei, weiterhin nur den ermäßigten Beitragsatz (14,3 Prozentpunkte) zu zahlen und eine neue Zusatzversicherung für Krankengeld abzuschließen. Die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen

dafür müssen unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko sein, also für jeden das Gleiche kosten. Dies bestimmt das „Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“. Es stellt auch klar, dass der Leistungsstopp bei Rückständen von Krankenkassenbeiträgen nur für den Versicherten und nicht für seine mitversicherten Familienangehörigen und für Früherkennungsuntersuchungen gilt. Versicherte mit Zahlungsrückständen haben sofort wieder Anspruch auf Leistungen, wenn sie eine Ratenzahlungsvereinbarung unterschreiben. Das Gesetz legt auch fest, dass Patienten in stationären Hospizen Anspruch auf die erforderliche ärztliche Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung haben. Die Krankenkassen werden zudem verpflichtet, ambulante Hospizdienste zu fördern, die qualifizierte ehrenamtliche Sterbegleitung für Versicherte leisten, die zu Hause oder in Pflegeheimen versorgt werden. Zudem erhält das Bundesversicherungsamt mehr Kompetenzen zur Überprüfung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beim Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen.

Unterschiedlicher Elterngeldbezug von Frauen und Männern

Väter beziehen nach wie vor deutlich kürzer Elterngeld als Mütter. Fast 75 Prozent der Männer, deren Elterngeldbezug zwischen April und Juni 2009 endete, nahmen die Leistung nur für zwei Monate in Anspruch, wie das Statistische Bundesamt mitgeteilt hat. Der Anteil der Väter mit einer zwölfmonatigen Bezugsdauer lag bei lediglich acht Prozent. Bei den Müttern bot sich ein umgekehrtes Bild: Die große Mehrheit von knapp 90 Prozent nahm Elterngeld für ein Jahr in Anspruch, während der Anteil der Frauen mit zweimonatigem Elterngeldbezug weniger als ein Prozent betrug. Oft fehlten die passenden Betreuungsmöglichkeiten. Unterschiede gab es auch bei der Höhe des Elterngeldbezugs, der sich aus dem vorherigen Einkommen ergibt. So erhielten gut 54 Prozent der Mütter weniger als 500 Euro monatlich; bei den Vätern

unterschritten nur knapp 26 Prozent diesen Betrag. Mehr als 1.000 Euro Elterngeld pro Monat bekamen dagegen nur 16 Prozent der Mütter, aber rund 50 Prozent der Väter. Trotz dieser Zahlen zeigte sich Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen optimistisch, dass in Zukunft mehr Väter eine längere „Auszeit“ für ihre Kinder nehmen werden.

Ein Knieschaden gilt jetzt als Berufskrankheit

Wer aufgrund eines körperlichen Leidens seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, kann sich glücklich schätzen, wenn sein konkretes Leiden als Berufskrankheit anerkannt wird; denn Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung übersteigen die Renten wegen Erwerbsunfähigkeit deutlich. Als anerkannte Berufskrankheit gilt zunächst nur das Krankheitsbild, das in der Berufskrankheitenverordnung festgelegt ist. Diese Aufzählung wurde zum 1. Juli 2009 um fünf weitere Leiden erweitert. Neben neu definierten internistischen Krankheitsbildern wie Lungenkrebs oder Blut- und Lymphkrankheiten ist besonders die jetzt entschädigungspflichtige „Kniegelenkarthrose“ zu erwähnen. Ist diese Krankheit darauf zurückzuführen, dass Betroffene in ihrem Arbeitsleben in der Summe 13.000 Stunden das Knie belastende Tätigkeiten ausgeübt haben, ist der Tatbestand der neuen Berufskrankheit erfüllt. Insbesondere Fliesenleger und andere Handwerker, die weitgehend ihren Job „auf den Knien“ verrichten, profitieren von der Neuregelung.

Arbeitnehmer sind heute psychisch stärker belastet

In vier von fünf Betrieben sind Arbeitnehmer heute psychisch stärker belastet als noch vor drei Jahren. Das geht aus einer bundesweiten Umfrage der Hans-Böckler-Stiftung unter Betriebsräten hervor. Wie das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut der Stiftung mitteilte, nannten 84 Prozent der Befragten die geringe Personaldecke als Hauptgrund für die Belastung. Weitere herausragende Stressfaktoren seien hohe Eigenverantwortlichkeit (79 Prozent)

und die Abhängigkeit von Kundenvorgaben (75 Prozent). Besonders betroffen sind nach Angaben der Stiftung Beschäftigte in Dienstleistungsberufen. Die Wirtschaftskrise habe hingegen bislang keinen Einfluss auf die psychische Situation der Arbeitnehmer, dürfte die Situation in Zukunft aber verschärfen. Für die Studie waren zwischen September 2008 und Januar 2009 insgesamt 1.700 Betriebsräte von Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten befragt worden. In solchen Betrieben arbeiten nach Angaben der Stiftung rund zwölf Millionen Beschäftigte.

„Ärztliche Zweitmeinung“ als bisher einmaliges Angebot

Die AOK Baden-Württemberg hat für ihre Versicherten ein neues, weithin einmaliges Angebot geschaffen: Sie begleitet und unterstützt Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen, die eine fachliche Zweitmeinung bei einem medizinischen Experten einholen wollen. Seit 1. Juli 2009 ist die „Strukturierte Zweitmeinung“ als innovative Ergänzung zum Versorgungsangebot der AOK etabliert. Dabei gibt es einen klaren Verfahrensablauf, der den Patienten leitet und ihm – wenn die Voraussetzungen gegeben sind – die Tür zum ausgewählten medizinischen Spezialisten öffnet. Orthopädie und Onkologie sind nach wissenschaftlichen Erhebungen die beiden medizinischen Kernbereiche, in denen für Patienten eine ärztliche Zweitmeinung besonders wichtig ist. Deshalb wurden zunächst diese beiden Fachgebiete ausgewählt. Vorrangig sollen die Betroffenen bei der Entscheidung zwischen alternativen Therapien unterstützt werden. Die Zweitmeinung wird stets auf Wunsch des Versicherten eingeholt. In keinem Fall – so die AOK Baden-Württemberg – ist damit ein Misstrauensvotum gegenüber dem erstbehandelnden Arzt verbunden. Dieser wird grundsätzlich in das Verfahren mit einbezogen. Letztlich geht es der AOK darum, dem Versicherten im Hinblick auf Diagnose und Therapie-Alternativen zu mehr Sicherheit zu verhelfen. Gleichzeitig sollen unnötige Behandlungen verhindert und notwendige beschleunigt werden.

Rechtsprechung

Aktuelle Entscheidungen zum Prozessrecht

Von Karl Rieker

Einleitung

Im nachfolgenden Fachbeitrag werden aktuelle Entscheidungen zum Prozessrecht vorgestellt und mit Anmerkungen versehen bewertet.

1. BSG, Beschluss vom 23.4.2009 – B 9 VG 22/08 B –

Leitsatz:

Ein von einer Rechtsanwaltsfachangestellten des Prozessbevollmächtigten unterzeichnetes Empfangsbekanntnis bewirkt keine Zustellung einer sozialgerichtlichen Entscheidung. Ein Rechtsanwalt als Zustellungsadressat kann sein Büropersonal nicht wirksam zur Entgegennahme von Zustellungen gegen Empfangsbekanntnis nach § 174 ZPO ermächtigen.

Sachverhalt:

Die Klägerin hat Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz geltend gemacht. Das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts wurde am 14.2.2008 den Prozessbevollmächtigten zugestellt. Nachdem die Berufung erst nach Ablauf der Berufungsfrist am 19.3.2008 beim Landessozialgericht eingegangen ist, hat das LSG die Berufung als unzulässig verworfen. Gründe für die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand lägen nicht vor.

Die Klägerin hat im Rahmen einer Nichtzulassungsbeschwerde geltend gemacht, sie habe die Frist zur Einlegung der Berufung nicht versäumt. Adressaten des zuzustellenden Urteils seien die damaligen Prozessbevollmächtigten, die Rechtsanwälte M.H. und T.H., gewesen. Das Empfangsbekanntnis – so die Klägerin – sei von einer Rechtsanwaltsfachangestellten mit Datum 14.2.2008 gestempelt und von der Rechtsanwaltsfachangestellten unterschrieben worden. Der Prozessbevoll-

mächtigte T.H. hätte erst am 19.2.2008 das zuzustellende Schriftstück persönlich als zugestellt entgegengenommen.

Das BSG hat im Rahmen der Nichtzulassungsbeschwerde die Zulässigkeit der Berufung bejaht.

Inhalt und Gegenstand der Entscheidung:

Für den Senat und auch für die anderen Beteiligten war nach Befragung des Rechtsanwalts T.H. unstrittig, dass der Prozessbevollmächtigte erst am 19.2.2008 von dem klageabweisenden Urteil persönlich Kenntnis erlangt hat. Danach – so das BSG – sei am 14.2.2008 keine wirksame Zustellung des SG-Urteils erfolgt, denn das von der Rechtsanwaltsfachangestellten unterschriebene Empfangsbekanntnis genüge nicht den Anforderungen des § 63 Abs. 2 S. 1 SGG i.V.m. § 174 Abs. 1 u. 4 S. 1 ZPO.

Ein Rechtsanwalt als Zustellungsadressat könne sein Büropersonal nicht wirksam zur Entgegennahme von Zustellungen gegen Empfangsbekanntnis ermächtigen.

Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BGH¹ sei es für den Zeitpunkt der Zustellung entscheidend, wann der Rechtsanwalt, dem zugestellt wird, das Schriftstück mit dem Willen entgegengenommen hat, es als zugestellt anzusehen.

Die Äußerung dieses Willens setze voraus, dass der Zustellungsempfänger persönlich Kenntnis von dem Zugang des zuzustellenden Schriftstücks erlangt. Die Entgegennahme des zuzustellenden Schriftstücks muss mit dem Willen erfolgen, es als zugestellt gegen sich gelten zu lassen. Dieser Empfängerwille werde (in der Regel) durch Unterschreiben des Empfangsbekanntnisses beurkundet.

Eine Vertretung der Unterzeichnung bei einem Empfangsbekanntnis sei grundsätzlich nicht zulässig. Dies ergebe sich aus dem Wortlaut des § 174 Abs. 1 und Abs. 4 S. 1 ZPO.

¹ BGHZ 67, 10; NJW 1979, 1475; 1979, 2566; 1982, 1650; 1991, 42; 2007, 600.

Anders als nach § 5 Abs. 2 des Verwaltungszustellungsgesetzes werde eine Unterschrift des Adressaten verlangt. Eine Manifestation der Empfangsbereitschaft des Adressaten liege also nur dann vor, wenn der Rechtsanwalt persönlich das zuzustellende Schriftstück in Empfang nimmt.

Deshalb können jedenfalls Büroangestellte weder für den Einzelfall noch allgemein zur Unterschrift auf dem Empfangsbekanntnis ermächtigt werden.

Nachdem der Prozessbevollmächtigte den Empfang des Urteils erst am 19.2.2008 bestätigt hat, das Urteil also erst am 19.2.2008 zugestellt war, sei die am 19.3.2008 beim LSG eingegangene Berufung innerhalb der Monatsfrist des § 151 Abs. 1 SGG, also noch rechtzeitig, erfolgt.

Anmerkung:

Dem Beschluss kann zugestimmt werden. Nach der über § 63 Abs. 2 SGG anwendbaren Vorschrift des § 174 Abs. 1 ZPO kann ein Schriftstück – Urteil – an einen „Anwalt“ gegen Empfangsbekanntnis zugestellt werden.

Wenn § 174 Abs. 4 S. 1 ZPO bestimmt, dass zum Nachweis der Zustellung das mit Datum und Unterschrift des Adressaten versehene Empfangsbekanntnis ausreicht, ist als Adressat im Sinne dieser Regelung der in § 174 Abs. 1 ZPO *expressis verbis* aufgeführte Anwalt gemeint.

Da im zugrunde liegenden Sachverhalt der Anwalt auch Prozessbevollmächtigter war, ist eine Zustellung nur an ihn möglich. Dies ergibt sich aus § 63 Abs. 2 S. 1 SGG, § 73 Abs. 6 S. 5 SGG iVm § 172 ZPO. Danach hat, wenn ein Prozessbevollmächtigter bestellt ist, die Zustellung grundsätzlich nur ihm gegenüber zu erfolgen.

Das Empfangsbekanntnis muss hierbei handschriftlich vom Adressaten unterzeichnet sein, ein Kanzlei- oder Faksimilestempel oder eine Paraphe reicht nicht aus.²

Jedenfalls Büroangestellte oder anderes Kanzleipersonal können weder für den Einzelfall noch allgemein zur Unterschrift auf dem Empfangsbekanntnis bevollmächtigt werden (auf

Besonderheiten, z.B. auf einen nach § 30 Bundesrechtsanwaltsordnung bestellten Zustellungsbevollmächtigten, wird hier nicht näher eingegangen).³

Das Urteil hat auch für die Rentenberater Bedeutung. Bei diesem Personenkreis ist von einer erhöhten Zuverlässigkeit i.S.v. § 174 Abs. 1 ZPO auszugehen. Dies ergibt sich speziell für das sozialgerichtliche Verfahren aus § 73 Abs. 2 SGG. Nach dieser Vorschrift sind Rentenberater – § 73 Abs. 2 Nr. 3 SGG – wie Rechtsanwälte vor den Sozial- und Landessozialgerichten vertretungsbefugt; insoweit ist hinsichtlich der erhöhten persönlichen Zuverlässigkeit kein gravierender Unterschied zwischen Rechtsanwälten und Rentenberatern vorhanden.

2. LSG München Beschluss vom 9.6.2009 – L 19 B 125/08 R –

Leitsatz:

Bei einer Untätigkeitsklage kommt keine Kostenerstattung in Betracht, wenn die Beklagte einen zureichenden Grund für die verspätete Bearbeitung hat und diesen der Klägerin mitteilt.

Sachverhalt:

Streitig war die Anwendung von § 22 Abs. 4 FRG durch die Beklagte.

Die Klägerin legte gegen einen Bescheid vom 16.7.2001 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Zustimmung der Klägerin bis zu einer diese Rechtsfrage betreffenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zurückstellte.

Der Klägerin wurde mit Schreiben vom 15.8.2001 mitgeteilt, sie erhalte nach der Entscheidung unaufgefordert weitere Mitteilung. Zum 1.5.2007 trat eine aus der Entscheidung des BVerfG sich ergebende, am 20.4.2007 verkündete gesetzliche Neuregelung in Kraft.

Mit Schreiben vom 25.8.2007 forderte die Klägerin die Beklagte auf, diese gesetzliche Neuregelung zu ihren Gunsten zu berücksichtigen und einen entsprechenden Bescheid innerhalb von vier Wochen zu erteilen. Daraufhin erwiderte die Beklagte mit Schreiben vom 31.8.2007, die Umsetzung der verfassungsgerichtlichen Entscheidung und die daraus resultierende Neurege-

lung bedürften sehr komplexer Berechnungsprogramme, so dass erst gegen Ende des Jahres (2007) ein Bescheid ergehen könne.

Am 2.11.2007 hat die Klägerin eine Untätigkeitsklage mit der Begründung erhoben, in anderen Bundesländern seien bereits entsprechende Änderungsbescheide ergangen, und der Mangel an einem entsprechenden Berechnungsprogramm basiere auf einem organisatorischen Defizit der Beklagten.

Die Beklagte hat am 15.11.2007 einen Teilabhilfebescheid erlassen. Die Klägerin erklärte daraufhin die Untätigkeitsklage für erledigt und hat das Sozialgericht um eine Entscheidung über die Kostentragung gebeten.

Das Soziagericht lehnte eine außergerichtliche Kostentragung durch die Beklagte ab, weil die Untätigkeitsklage bereits unzulässig gewesen wäre, da sie weniger als drei Monate nach der Fortsetzung des Widerspruchsverfahrens, gerechnet vom Schriftsatz der Klägerin vom 25.8.2007, erhoben worden sei. Auch der Teilabhilfebescheid sei vor Ablauf der Dreimonatsfrist am 15.11.2007 ergangen. Im Beschwerdeverfahren vor dem Landessozialgericht hat die Klägerin mitgeteilt, die mit Schriftsatz vom 25.8.2007 gesetzte Vierwochenfrist sei Ende September 2007 abgelaufen, im Übrigen habe wegen der vorangegangenen eindeutigen Fristsetzung nicht reagiert werden müssen. Die Beklagte erwiderte, die Dreimonatsfrist habe erst am 26.8.2007 zu laufen begonnen, in dieser Frist sei der Teilabhilfebescheid – 15.11.2007 – erlassen worden. Im Übrigen hätten programmtechnische Schwierigkeiten keine frühere Entscheidung zugelassen, dies sei der Klägerin mit Schreiben vom 31.8.2007 auch mitgeteilt worden.

Das LSG hat die Rechtsansicht der Beklagten und des Sozialgerichts geteilt.

Inhalt und Gegenstand der Entscheidung:

Das LSG hatte gemäß § 193 Abs. 1 SGG unter Berücksichtigung des bis-

2 Baumbach/Lauterbach, Kommentar zur ZPO, 67. Aufl. 2009, § 174 Rn. 10.

3 S. Anm. 2.

herigen Sach- und Streitstandes nach billigem Ermessen zu entscheiden, ob und in welchem Umfang die Beteiligten einander Kosten zu erstatten haben, wenn das gerichtliche Verfahren nicht durch ein Urteil beendet wird.

Es hatte hinsichtlich der Kostentragung insbesondere die Erfolgsaussichten der Klage zu beurteilen. Des Weiteren hatte es die Gründe für die Klageerhebung und die Erledigung zu prüfen. Bei Erledigung einer Untätigkeitsklage kommt es, wenn die Beklagte einen zureichenden Grund für die Untätigkeit hatte und diesen Grund dem Kläger mitgeteilt hat, zu keiner Kostenerstattung.⁴

Das LSG ist davon ausgegangen, dass die Beklagte einen zureichenden Grund für die Untätigkeit hatte, den sie der Klägerin mitgeteilt habe. Ausgehend vom Beginn der Dreimonatsfrist des § 88 Abs. 2 SGG ab 1.5.2007 – die Beklagte hat die Klägerin bereits mit Schreiben vom 15.8.2001 darauf hingewiesen, dass sie hinsichtlich des zurückgestellten Verfahrens unaufgefordert tätig werde – sei die am 2.11.2007 erhobene Untätigkeitsklage zulässig gewesen.

Die Beklagte, so das LSG, hatte einen zureichenden Grund für die verzögerte Bearbeitung, da die programmtechnischen Probleme ursächlich für die Verzögerung gewesen seien.⁵ Die Klägerin sei von der Beklagten hierüber mit Schreiben vom 31.8.2007 informiert worden, habe nicht widersprochen, insoweit durfte die Beklagte davon ausgehen, dass die Klägerin mit der zeitlichen Vorgabe einverstanden war, zumal die Klägerin auf die von ihr selbst gesetzte Vierwochenfrist (Schreiben vom 25.8.2007) nicht mehr reagiert habe.

Anmerkung:

Die Entscheidung begegnet Bedenken. Wird der Rechtsstreit, wie hier, durch eine Erledigungserklärung abgeschlossen, ist über die Kosten der Klage entsprechend dem Rechtsgedanken des § 91 a ZPO unter Berücksichtigung des bisherigen Sach- und Streitstandes nach billigem Ermessen zu entscheiden. Auf die Untätigkeitsklage – § 88 SGG –

bezogen, hat die Beklagte dann keine Kosten zu erstatten, wenn ein zureichender Grund für die Untätigkeit, hier der Erlass des Widerspruchsbescheides, vorliegt – § 88 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 88 Abs. 2 SGG –.

Die Beklagte hat als zulässigen Grund für die Untätigkeit programmtechnische Schwierigkeiten geltend gemacht. Sie hat also vermutlich formelmäßig einen Grund behauptet, der in ihrem Verantwortung- und Organisationsbereich zu suchen ist.

Die Klägerin hat, ohne dass die Beklagte widersprochen hat, entgegnet, andere Versicherungsträger hätten die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (vom 13.6.2006!) und die darauf erfolgte gesetzliche Neuregelung bereits früher umgesetzt.

Insofern hätte das Gericht die Beklagte zu dieser Behauptung befragen können, zumal das Bundesverfassungsgericht bei Entscheidungen, die gegen das Grundgesetz verstoßen, dem Gesetzgeber regelmäßig eine ausreichende Frist für die Umsetzung des Urteils einräumt. Diese Umsetzung haben offensichtlich andere Versicherungsträger schneller als die Beklagte vorgenommen.

Die von der Beklagten in allgemeiner Art geäußerte Behauptung, programmtechnische Schwierigkeiten hätten eine verzögerte Bearbeitung gerechtfertigt, reicht jedenfalls nicht aus, die Kostenerstattung zu verneinen, zumal die Klägerin keine Möglichkeit hatte, die Behauptungen der Beklagten auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen.⁶

Zugunsten der Klägerin muss weiterhin davon ausgegangen werden, dass die Beklagte spätestens am 20.4.2007 (Verkündung der gesetzlichen Entscheidung) wusste, wie die neue Regelung zu erfolgen hat.

Die Beklagte hatte für die Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung, also vom 1.5.2007 bis 2.11.2007 (Eingang der Untätigkeitsklage) somit sechs Monate Zeit; insoweit sind die prozessualen Vorgaben, den Widerspruchsbescheid innerhalb von 3 Monaten zu erlassen – § 88 Abs. 2 SGG –, bei Weitem überschritten.

Im Übrigen war auffällig, dass die Beklagte den Bescheid kurze Zeit nach Erhebung der Untätigkeitsklage – 2.11.2007 – am 15.11.2007 erlassen hat, dies, obwohl sie ankündigte, ein Bescheid würde erst Ende des Jahres 2007 ergehen. Offensichtlich war also die Beklagte doch früher in der Lage, den Bescheid zu erlassen, als sie selbst angab. Die Schwierigkeiten bei der programmtechnischen Umsetzung waren also doch nicht so gravierend. Dieses insoweit widersprüchliche Verhalten ist der Beklagten bei der Frage einer Kostentragung anzulasten.

Im Hinblick auf die Vorschrift des § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, nach der Sozialleistungen umfassend und zügig zu erbringen sind, hätte sich also eine Kostenteilung angeboten. Dies auch unter Berücksichtigung des Aspekts, dass die Klägerin möglicherweise auf das Schreiben der Beklagten vom 31.8.2007 nochmals hätte antworten können.⁷

3. LSG München, Beschluss vom 15.5.2009 – L 2 U 60/09 ER –

Leitsatz:

Die Aussetzung der Vollstreckung aus dem Urteil des Sozialgerichts ist bei noch unsicherem Verfahrensausgang nur dann gerechtfertigt, wenn glaubhaft gemacht wird, dass bei Fortzahlung der Unterhaltsrente ein nicht zu ersetzender Nachteil auf Seiten des Antragstellers entstehen würde. Allein die Befürchtung, die Rückforderung könne eventuell auf Schwierigkeiten stoßen, reicht nicht aus.

Sachverhalt (gekürzt):

Das SG hat die Beklagte verurteilt (Urteil vom 11.12.2007), an den Kläger eine Verletztenrente ab 1.8.2002 zu gewähren.

Auf die Berufung der Beklagten hat der Senat den Neurologen und Psychiater Dr. K. zum Sachverständigen er-

4 Leitherer in Meyer-Ladewig, Kommentar zum SGG, 9. Aufl., § 193 Rn. 13c.

5 LSG NRW; Urtr: v. 05.03.1996, L 2 S Kn 9/94.

6 LSG Rheinland-Pfalz SGB 1999, 80.

7 Leitherer a.a.O.; Binder in Lüdtko, Handkommentar zum SGG, 3. Aufl., § 88 Rn. 22.

nannt. Dieser kam in seinem Gutachten zum Ergebnis, dass nur eine MdE von zehn Prozent vorliege, also keine Verletztenrente zustehe.

Mit Schreiben vom 23.1.2009 beantragte die Beklagte daraufhin, die Vollstreckung aus dem Urteil des SG vom 11.10.2007 auszusetzen, da nach dem Gutachten des Dr. K. ein Anspruch auf Verletztenrente nicht bestehe. Das Berufungsverfahren habe also nach dem derzeitigen Stand offensichtlich Aussicht auf Erfolg. Hinzu komme, dass die vor der endgültigen Klarstellung der Sach- und Rechtslage erhaltenen Leistungen nur unter erschwerten Bedingungen vom Kläger zurückgefordert werden können. Dies auch unter dem Aspekt, dass der Kläger verheiratet sei und fünf Kinder habe, daher sei aufgrund seiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse eine Realisierung der Rückforderung (bei Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils) nur schwer möglich. Die Rückerstattung der erbrachten Leistungen würde für den Kläger deshalb eine besondere Härte bedeuten.

Das LSG hat eine Aussetzung der Vollstreckung (nachzeitigem Stand) abgelehnt.

Inhalt und Gegenstand der Entscheidung:

Nach § 154 Abs. 2 SGG hat die Berufung eines Versicherungsträgers nur insoweit aufschiebende Wirkung, als es um Zahlungen vor Erlass des angefochtenen Urteils geht.

Für die Zeit nach Erlass des Urteils hat ein verurteilter Versicherungsträger grundsätzlich die so genannte „Urteilsrente“ zu zahlen. Die Vollstreckung – Zahlung der Urteilsrente – kann aber der Vorsitzende des Berufungsgerichts durch einstweilige Anordnung aussetzen (§ 199 Abs. 2 S. 1 SGG). Hierbei sind über § 198 Abs. 1 SGG die Vorschriften der ZPO und hier § 719 Abs. 1 i.V.m. § 707 ZPO heranzuziehen. Danach ordnet das Gericht die Einstellung der Zwangsvollstreckung an, wenn die Vollstreckung dem Schuldner einen nicht zu ersetzenden Nachteil bringen würde, und zwar ggf. auch dann, wenn ein überwiegendes Interesse des Gläubigers dem entgegensteht.

Dieser Rechtsgedanke, so das LSG, gelte auch für § 199 Abs. 2 SGG.

Der Antragsteller, hier der Versicherungsträger, musste daher darlegen und glaubhaft machen, dass ihm durch die Vollstreckung ein nicht zu ersetzender Nachteil entstehen würde, wenn auch ein überwiegendes Interesse des Antragsgegners, hier des Leistungsberechtigten, der Aussetzung entgegensteht.

Ein nicht zu ersetzender Nachteil liege nur dann vor, wenn der durch die Vollstreckung eintretende Schaden nachträglich nicht mehr rückgängig gemacht und ausgeglichen werden kann.

Das Gericht hat ein überwiegendes Interesse des Antragstellers an der Aussetzung der Vollstreckung verneint. Es ist der Argumentation des Antragstellers, dass bei den bekannten wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnissen die Rückforderung für den Antragsgegner eine unbillige Härte wäre und daher eine Rückforderung nicht realisierbar, nicht gefolgt.

Es sei weder dargelegt worden, wie hoch das verfügbare Einkommen des Antragsgegners wäre, ob er Vermögen hätte, noch, inwieweit er anderen Personen noch zum Unterhalt, ggf. in welcher Höhe, verpflichtet gewesen wäre.

Anmerkung:

Im Ergebnis kann dem Beschluss des LSG beigepröflichtet werden. Zwar sprechen viele Erfahrungswerte der Versicherungsträger, vor allem auch unter Berücksichtigung der langen Verfahrensdauer im zweitinstanzlichen Verfahren, dafür, dass die Rückforderung einer vorläufig weiter gezahlten Urteilsrente oftmals problematisch ist. Hinzu kommt noch, dass die Versicherungsträger nach § 76 Abs. 1 SGB IV verpflichtet sind, Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben.

Die Versicherungsträger befinden sich also einerseits in dem Dilemma, ein gegen sie ergangenes Urteil auszuführen, dem Leistungsberechtigten also die zugesprochenen Leistungen zügig und zeitnah zu gewähren (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I), andererseits aber in der Verpflichtung, zu Unrecht gezahlte Leistungen – sofern das erstinstanzliche Urteil in der zweiten Instanz aufgeho-

ben wird – gem. § 50 Abs. 2 SGB X zurückzufordern.

Im sozialgerichtlichen Verfahren wird dieser Widerspruch grundsätzlich zugunsten des Leistungsberechtigten aufgelöst.

Der Gesetzgeber hat sich in Kenntnis der vorstehend genannten Umstände dafür entschieden, der Berufung eines Versicherungsträgers nur für die Zeit vor Erlass des Urteils aufschiebende Wirkung zuzugestehen.

Im Umkehrschluss folgt daraus, dass generell die hier unsubstantiierte Vermutung, eine Rückforderung würde nur unter erheblichen Schwierigkeiten möglich sein, nicht ausreicht, eine eindeutig gewollte gesetzliche Rechtsfolge außer Acht zu lassen.

Lediglich dann, wenn konkrete Gründe vorliegen und glaubhaft gemacht wird, ein nicht wiedergutzumachender Schaden würde bei Verweigerung der Aussetzung der Vollstreckung vorliegen, kommt also die Aussetzung der Vollstreckung in Betracht.

Warum jedoch das LSG bei Prüfung der Aussetzung der Vollstreckung das dargelegte Vorbringen des Antragstellers, „der Kläger habe keinen Anspruch auf Verletztenrente“ (Gutachten des Dr. K.), das Berufungsverfahren habe also offensichtlich Aussicht auf Erfolg⁸, nicht berücksichtigt hat, bleibt ungeklärt.

Im Rahmen der nach § 199 Abs. 2 SGG vorzunehmenden ermessensbehafteten Interessenabwägung des Gläubigers (Versicherten) an einer Vollstreckung des Urteils einerseits und den Interessen des Schuldners (Versicherungsträgers) andererseits, dass nicht vor endgültiger Klärung der Rechtslage geleistet werden darf, hätte das Gericht die Argumente des Versicherungsträgers also nicht ohne Weiteres übergehen dürfen.⁹

⁸ BSG Ur. v. 06.05.1960 11, RV 92/60: Leitender a.a.O., § 199 Rn. 8.

⁹ LSG Thüringen, Beschluss v. 14.09.2004, L 6 KR 621/04 ER; LSG Bayern, Breithaupt 1959, 943.

Kurzberichte über Rechtsprechung in der (Kranken- und) Rentenversicherung

Zusammengestellt von Gustav Figge

Schadensersatzspruch einer Krankenkasse gegen GmbH-Geschäftsführer verjährt in drei Jahren nach Kenntnis

Eine Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) verlangte von dem Geschäftsführer der A. Baugesellschaft mbH (GmbH-GF) Schadensersatz wegen nicht abgeführter Sozialversicherungsbeiträge.

Die GmbH wurde als Arbeitgeberin mit einem Beitragskonto bei der AOK geführt. Im Jahr 2002 führte das Hauptzollamt S. ein Ermittlungsverfahren wegen Beitragspflichtverletzungen bei der GmbH durch. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in S. erstellte in diesem Zusammenhang eine Schadensberechnung, die dem Hauptzollamt am 28.6.2002 übersandt wurde. Am 9.5.2003 wurde ein Insolvenzverfahren über das Vermögen der GmbH mangels Masse durch Beschluss des Amtsgerichts abgelehnt. Der GmbH-GF wurde durch Strafurteil vom 17.6.2004 u.a. wegen Betrugs zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren auf Bewährung verurteilt, weil er für den Beschäftigungszeitraum von Januar 1999 bis September 2001 die Höhe der Sozialabgaben gegenüber der AOK falsch angegeben und dabei einen Beitragsschaden in Höhe von 487.754,97 Euro verursacht habe. Am 2.6.2005 erließ die BfA gegenüber der GmbH i.L. einen Beitragsbescheid über 487.755,07 Euro, der am selben Tag auch an die AOK zur weiteren Veranlassung übersandt wurde. Die GmbH wurde am 28.11.2005 wegen Vermögenslosigkeit im Handelsregister gelöscht.

Am 30.11.2007 beantragte die AOK den Erlass eines Mahnbescheides gegen den GmbH-GF, der am 5.12.2007 zugestellt wurde und einen Vollstreckungsbescheid nach sich zog. Auf den Einspruch des GmbH-GF gegen den Vollstreckungsbescheid hat das Landgericht Stuttgart diesen aufgehoben und die Klage wegen Verjährung abgewie-

sen. Die hiergegen gerichtete Berufung der AOK hat das Oberlandesgericht Stuttgart (OLG) zurückgewiesen. Mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision verfolgte die AOK ihr Klagebegehren weiter.

Das OLG ist ebenso wie das Landgericht der Auffassung, dass der gegen den GmbH-GF gerichtete Schadensersatzanspruch aus § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 263 StGB verjährt sei. Die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren habe mit dem Schluss des Jahres 2002 zu laufen begonnen, da in diesem Jahr die Voraussetzungen des § 199 Abs. 1 BGB vorgelegen hätten. Diese Regelung sei gemäß Artikel 229 § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2 EGBGB anwendbar, da die gegen den GmbH-GF bestehenden Schadensersatzansprüche am 1.1.2002 wegen fehlender Kenntnis im Sinne von § 852 Abs. 1 BGB a.F. noch nicht verjährt gewesen seien. Die auch für den Beginn der Verjährung nach § 199 Abs. 1 BGB n.F. erforderliche Kenntnis von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schädigers habe mit der Schadensberechnung der BfA vom 28.6.2002 vorgelegen. Dabei sei nicht erst auf die Kenntnis der AOK aufgrund des Beitragsbescheides der BfA vom 2. Juni 2005 abzustellen, sondern auf die Kenntnis der Bediensteten der BfA. Dieser stehe im Zusammenhang mit ihrer Zuständigkeit nach § 28p Abs. 1 SGB IV zumindest auch eine Entscheidungskompetenz für die Verfolgung zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche gegen den beklagten GmbH-GF zu. Die Kenntnis der anspruchsbegründenden Umstände und der Person des Schuldners sei bei den Bediensteten der BfA bereits aufgrund der im Jahr 2002 durchgeführten Prüfung vorhanden gewesen, so dass die Verjährung nach § 199 Abs. 1 BGB mit dem Schluss des Jahres 2002 begonnen und mit Ende des Jahres 2005 abgelaufen gewesen sei. Der Mahnbescheid

im Jahr 2007 habe die Verjährung daher nicht mehr hemmen können. Im Übrigen habe spätestens im Jahr nach der ersten Prüfung der BfA eine grob fahrlässige Unkenntnis vorgelegen, so dass die Verjährungsfrist jedenfalls Ende 2006 abgelaufen sei.

Das OLG ist nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12.5.2009 – VI ZR 294/08 – 8 zutreffend davon ausgegangen, dass für den Beginn der dreijährigen Verjährungsfrist im Sinne des § 195 BGB gemäß Art. 229 § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2 EGBGB die Regelung des § 199 Abs. 1 BGB in der seit dem 1.1.2002 geltenden Fassung heranzuziehen ist, da zu diesem Zeitpunkt die geltend gemachten Ansprüche gegen den GmbH-GF aus § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 263 StGB wegen Fehlens einer für den Verjährungsbeginn im Sinne von § 852 Abs. 1 a.F. BGB erforderlichen Kenntnis noch nicht verjährt waren. Dies nimmt die Revision als für sich günstig hin. Rechtsfehler sind insoweit auch nicht erkennbar.

Die streitgegenständlichen Schadensersatzansprüche sind verjährt. Die dreijährige Verjährung im Sinne des § 195 BGB begann nach § 199 Abs. 1 BGB mit dem Ende des Jahres 2002 zu laufen und war mithin Ende 2005 vor dem erst im Jahr 2007 beantragten Mahnbescheid abgelaufen. Entsprechendes würde gelten, wenn man mit dem Berufungsgericht annimmt, dass spätestens im Jahr 2003 eine grob fahrlässige Unkenntnis der Bediensteten der BfA wegen Unterlassung weiterer Maßnahmen vorlag, nachdem bereits im Jahr 2002 die Beitragspflichtverletzungen bekannt waren. In diesem Fall wäre die Verjährungsfrist Ende 2006 abgelaufen.

Zur Klärung der Haftung für einen Arbeitsunfall im Kindergarten einer Kirchengemeinde

Eine Praktikantin verlangte Ersatz ihres materiellen und immateriellen Schadens infolge eines Unfalls in einem Kindergarten, dessen Träger die beklagte Kirchengemeinde ist.

Die Praktikantin, eine gelernte Zahntechnikerin, begann im September 2003 wegen eines Asthmaleidens eine von der Berufsgenossenschaft der Fein-

mechanik und Elektrotechnik (BGFE) finanzierte Umschulung zur Erzieherin. Im April 2004 absolvierte sie im Rahmen der Ausbildung ein Praktikum im Kindergarten der Kirchengemeinde. Als auf dem Spielplatz des Kindergartens eine 1993 errichtete Markisenkonstruktion zusammenbrach, deren tragende Holzpfosten in Bodennähe verfault waren, wurde die Praktikantin durch herabfallende Teile verletzt. Dem Rechtsanwalt der Praktikantin teilte die BGFE am 31.3.2005 mit: „Sachstandsmitteilung/Zuständigkeit ... nach aktuellem Stand sind wir nach § 2 Abs. 1 Nr. 15c SGB VII der zuständige Kostenträger, da die Verletzte ... zum Unfallzeitpunkt ein Praktikum im Rahmen einer Umschulung gemäß § 3 Berufskrankheitenverordnung ... absolvierte.“

Der Klage auf Schmerzensgeld von mindestens 10.000 Euro, Schadensersatz von 6.571,18 Euro und Feststellung der Ersatzpflicht für künftige Schäden hat das Landgericht Koblenz im Wesentlichen stattgegeben. Dagegen hat die Kirchengemeinde Berufung und die Praktikantin Anschlussberufung eingelegt. Die Berufung der Kirchengemeinde hat das Oberlandesgericht Koblenz (OLG) mit einem Teil- und Grundurteil zurückgewiesen. Mit der vom Bundesgerichtshof (BGH) zugelassenen Revision verfolgte die Kirchengemeinde das Ziel der Klageabweisung weiter.

Das OLG hat die Berufung zurückgewiesen, soweit sie sich gegen die dem Grunde nach zugesprochenen Ansprüche der Praktikantin und die Feststellung der Ersatzpflicht der Kirchengemeinde für künftige materielle und immaterielle Schäden, soweit die Ansprüche nicht auf Dritte übergegangen sind, gerichtet hat.

Die Revision wandte sich nicht dagegen, dass das OLG die Anspruchsvoraussetzungen nach den §§ 836 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB bejaht hat. Dies ist nach dem Urteil des BGH vom 19.5.2009 – VI ZR 56/08 – rechtlich auch nicht zu beanstanden.

Jedoch hat das OLG bei der Prüfung, ob die Kirchengemeinde gemäß § 104 Abs. 1 Satz 1 SGB VII von dieser Haftung befreit ist, den Umfang der Bindungswirkung des § 108 Abs. 1

SGB VII verkannt. Zwar geht das OLG im Ansatz zutreffend davon aus, dass die Zivilgerichte grundsätzlich von Amts wegen die Bindungswirkung des § 108 SGB VII zu beachten haben, weil diese ihrer eigenen Sachprüfung – auch der des Revisionsgerichts – Grenzen setzt. Jedoch hat es fälschlicherweise angenommen, dass es auf die Bindung an die versicherungsrechtliche Zuordnung des Schadensfalls unter Hinweis auf § 2 Abs. 1 Nr. 15c SGB VII an die BGFE im zivilrechtlichen Haftungsprozess nicht ankomme, weil der Zivilrichter unter einem anderen rechtlichen Gesichtspunkt einen Unfall als versicherten Arbeitsunfall einem weiteren Unternehmer zurechnen dürfe.

Diese Sichtweise des OLG beruht auf der früheren, inzwischen aufgegebenen Rechtsprechung des Senats, wonach die Zivilgerichte durch § 108 SGB VII nicht grundsätzlich gehindert waren, einen Arbeitsunfall einem weiteren Unternehmer zuzurechnen, mit der Folge, dass auch diesem Unternehmer eine Haftungsprivilegierung zugutekommen konnte. Insofern vertritt der erkennende Senat im Hinblick auf die geänderte Rechtslage diese Rechtsauffassung nicht mehr. Die Zivilgerichte sind nunmehr durch § 108 SGB VII hinsichtlich der Fragen, ob ein Versicherungsfall vorliegt, in welchem Umfang Leistungen zu erbringen sind und ob der Unfallversicherungsträger zuständig ist, an unanfechtbare Entscheidungen der Sozialbehörden und Sozialgerichte gebunden. Das gilt unabhängig davon, ob sie diese Entscheidungen für richtig halten.

Somit ist der Zivilrichter an die Zuordnung des Unfalls zu einem bestimmten Unternehmen durch die Sozialbehörden oder das Sozialgericht gebunden, wenn die Feststellung unanfechtbar geworden ist.

Hinach wird das OLG festzustellen haben, ob es sich bei dem Schreiben der BGFE vom 31.5.2005 um eine gegenüber der Kirchengemeinde bindende Entscheidung im Sinne von § 108 SGB VII handelt. Das bedarf tatsächlicher Feststellungen, weil die Bestandskraft der Entscheidung voraussetzt, dass die Kirchengemeinde an dem Verfahren

in der gebotenen Weise beteiligt worden ist, denn ihre Rechte dürfen durch die Bindungswirkung nach § 108 SGB VII nicht verkürzt werden.

Diese Voraussetzungen liegen bei der Kirchengemeinde vor. Ist der Unfall bindend als Versicherungsfall der BGFE zugeordnet, scheidet eine Haftungsprivilegierung für die Kirchengemeinde und ihre Bediensteten nach den §§ 104, 105 SGB VII von vornherein aus. Ist die Kirchengemeinde nicht in der gebotenen Weise an dem Verfahren zwischen der BGFE und der Praktikantin beteiligt gewesen, was mangels entsprechender Feststellungen revisionsrechtlich zu unterstellen ist, ist das sozialrechtliche Verfahren mit einem Fehler behaftet mit der Folge, dass der Bescheid an die Praktikantin der Kirchengemeinde gegenüber nicht bindend geworden ist.

Das Berufungsurteil war deshalb aufzuheben und die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das OLG zurückzuverweisen.

Keine Steuerfreiheit für Sonntags-, Feiertags-, Nachts- und Mehrarbeitszuschläge für Frauen während der Mutterschutzzeit – kein Verstoß gegen Grundgesetz und Europarecht

Eine Flugbegleiterin wurde nach Mitteilung ihrer Schwangerschaft von der Fluggesellschaft beim Bodenpersonal eingesetzt, weil ihr nach § 8 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz – MuSchG –) Sonntags-, Feiertags-, Nacht- und Mehrarbeit verboten war. Die Zahlung einer entsprechenden Schichtzulage blieb hiervon unberührt. Die Flugbegleiterin machte geltend, trotz des Beschäftigungsverbot sei die Schichtzulage weiterhin nach § 3b EStG steuerfrei. Andernfalls werde sie gegenüber ihren männlichen Kollegen benachteiligt. Das Finanzgericht folgte dieser Auffassung nicht.

Nach § 3b Einkommensteuergesetz (EStG) sind neben dem Grundlohn gewährte Zuschläge nur dann steuerfrei, wenn sie für tatsächlich geleistete Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit gezahlt worden sind. Durch die Steuerfreiheit soll dem Arbeitnehmer ein

finanzieller Ausgleich für die besonderen Erschwernisse und Belastungen gewährt werden, die mit dieser Arbeit verbunden sind; § 3b EStG begünstigt das Entgelt „für“ Arbeiten zu besonders ungünstigen Zeiten. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs (BFH) handelt es sich bei § 3b EStG um eine Ausnahmegesetzvorschrift, die das Leistungsfähigkeitsprinzip durchbricht. Neben dem eindeutigen, mit dem Gesetzeszweck übereinstimmenden Wortlaut des § 3b EStG ist auch dessen Ausnahmecharakter ein Grund dafür, dass der BFH eine über den Wortlaut hinausgehende Auslegung der Vorschrift stets abgelehnt hat. Nach ständiger Rechtsprechung des BFH tritt die Steuerfreiheit nur ein, wenn Zahlungen für tatsächlich geleistete Arbeit zu den bezeichneten begünstigten Zeiten erfolgen. Deshalb hat sich der BFH durch den Wortlaut des § 3b EStG auch daran gehindert gesehen, die einer werdenden Mutter nach § 11 MuSchG vom Arbeitgeber gezahlten Zuschläge als für tatsächlich geleistete Sonntags-, Feiertags- oder Nacharbeit gezahlt anzusehen, obwohl die Steuerpflichtige Arbeiten der vorgenannten Art tatsächlich nicht geleistet hat (vgl. BFH-Urteil vom 26.10.1984 – VI R 199/80).

Mit Beschluss vom 27.5.2009 – VI B 69/08 – hat der BFH seine bisherige Rechtsprechung bestätigt, dass Zuschläge für tatsächlich nicht geleistete Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit, die in dem während des Mutterschutzes gezahlten Lohn enthalten sind, nicht nach § 3b EStG steuerfrei sind. § 3b EStG führe auch nicht mittelbar zu einer Diskriminierung von Frauen und begegne deshalb keinen verfassungs- oder europarechtlichen Bedenken.

Den Antrag der Flugbegleiterin auf Zulassung der Revision hat der BFH mit dem vorgenannten Urteil abgelehnt. Nach § 3b EStG seien nur für tatsächlich geleistete Sonntags-, Feiertags- oder Nacharbeit gezahlte, neben dem Grundlohn gewährte Zuschläge steuerfrei. Bei § 3b EStG handele es sich um eine Ausnahmegesetzvorschrift, die das Leistungsfähigkeitsprinzip durchbreche. Durch die Steuerfreiheit solle dem Arbeitnehmer ein finanzieller Ausgleich

für die besonderen Erschwernisse und Belastungen gewährt werden, die mit Sonntags-, Feiertags- oder Nacharbeit verbunden sind. Deshalb müsse solche Arbeit auch tatsächlich geleistet werden.

Der BFH sah im Streitfall auch keinen Verstoß gegen Artikel 3 Abs. 2 des Grundgesetzes oder gegen das gemeinschaftsrechtlich geregelte Diskriminierungsverbot. Durch die Beschränkung der Steuerfreiheit auf tatsächlich geleistete Arbeiten seien Frauen auch nicht mittelbar diskriminiert. Denn § 3b EStG entfalte grundsätzlich keine gleichheitswidrige Wirkung gegenüber allen Arbeitnehmern, deren vergleichbar hoher Arbeitslohn keiner Steuerbegünstigung unterliegt. Dies könne sachlich nur mit einem Ausgleich für tatsächliche Arbeiten zu besonders ungünstigen Zeiten gerechtfertigt werden. Die Norm versage nicht nur werdenden Müttern, die den Regelungen des Mutterschutzgesetzes unterfallen, eine Steuerbegünstigung, sondern allen Arbeitnehmern, die aus den unterschiedlichsten, in ihrer Person oder in der Sphäre ihres Arbeitgebers liegenden Gründen nach § 3b EStG begünstigte Arbeiten nicht leisten können oder dürfen. Der Ausschluss der Steuerfreiheit betreffe auch keine besonders „frauenspezifischen“ Arbeitsbereiche und Tätigkeiten.

Höhe des Unterhaltsgeldes an einen Strafgefangenen

Umstritten waren die Zahlung höheren Unterhaltsgeldes (Uhg) an einen Strafgefangenen (1.9.1998–21.4.1999) anlässlich dessen Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme in der Justizvollzugsanstalt (JVA), in der der Strafgefangene inhaftiert war, und die daraus resultierende Meldepflicht der beklagten Bundesagentur für Arbeit (BA) gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Schwaben (DRV-Schwaben). Die BA bewilligte dem Strafgefangenen (gestützt auf die Regelung des § 22 Abs. 3 SGB III Uhg, begrenzt in der Höhe auf die dem Strafgefangenen nach dem Strafvollzugsgesetz zustehende nachrangige Ausbildungsbeihilfe. Dabei ging sie von den von der JVA mitgeteilten Beträgen aus, die sich – anders als beim Uhg – nicht an den Kalendertagen,

sondern den tatsächlichen Arbeitstagen orientierten. Der DRV-Schwaben teilte sie diese Leistungszeiten unter Angabe von fiktiven (erzielbaren) Verdiensten, die der Bemessung des Uhg zugrunde lägen, mit und übersandte dem Strafgefangenen hierüber eine entsprechende Bescheinigung.

Der Strafgefangene hatte mit seiner Klage beim Sozialgericht Landshut und beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) lediglich insoweit Erfolg, als die BA in beiden Instanzen verurteilt wurde, ihre Bewilligungsbescheide – bei gleichbleibender Gesamtleistungshöhe – dahin abzuändern, dass die einzelnen Leistungsbeträge nicht auf die tatsächlichen Arbeitstage, sondern auf die gesamte Zeit der Maßnahme zu verteilen sei. Das LSG hat die BA darüber hinaus verurteilt, dem Strafgefangenen den Inhalt der sich aus der zu ändernden Bewilligung von Uhg ergebenden Meldungen an die DRV-Schwaben zu bescheinigen. Soweit sich der Strafgefangene gegen die Begrenzung des Anspruchs auf Uhg auf die Höhe der Ausbildungsbeihilfe nach dem Strafvollzugsgesetz wehrte, blieb die Klage jedoch in beiden Instanzen erfolglos.

Gegen das Urteil des LSG wehrten sich sowohl der Strafgefangene als auch die BA mit einer Revision. Der Strafgefangene war der Ansicht, die Begrenzung des Uhg auf die Höhe der Ausbildungsbeihilfe sei verfassungswidrig. Die BA hielt sich entgegen der Ansicht des LSG nicht für verpflichtet, ihre Bewilligungsbescheide ohne Änderung der absoluten Höhe des Uhg lediglich insoweit zu korrigieren, als der Gesamtbetrag statt auf Arbeitstage auf die gesamten Tage der Teilnahme zu verteilen sei. Insoweit bestehe auch kein Anspruch des Strafgefangenen auf Ausstellung einer entsprechenden Meldebescheinigung.

Die Klage wurde vom Bundessozialgericht mit Urteil vom 21.7.2009 – B 7 AL 49/07 R – insgesamt abgewiesen. Der Strafgefangene hat gegen die beklagte BA keinen Anspruch auf höheres Uhg. Das LSG hat die BA auch zu Unrecht verurteilt, die einzelnen Leistungsbeträge auf die gesamte Zeit der Maßnahme zu verteilen. Der

Anspruch des Strafgefangenen auf Zahlung von Uhg richtet sich gemäß § 22 Abs. 3 SGB III nicht gegen die BA, sondern gegen das im gesetzlichen Auftrag für die BA handelnde Land, das das Uhg in Höhe der dem Strafgefangenen nach dem Strafvollzugsgesetz zustehenden nachrangigen Ausbildungsbeihilfe zu bewilligen und zu zahlen hat. Die BA erteilt lediglich gegenüber dem Land eine interne Förderzusage. Damit besteht auch kein Anspruch des Strafgefangenen auf eine andere tageweise Verteilung des Uhg gegen die BA.

Der Strafgefangene besitzt außerdem keinen Anspruch darauf, dass die BA ihre für die Rentenversicherung bedeutsame Mitteilung an die DRV-Schwaben in anderer Weise erstellt und ihm dies entsprechend bescheinigt. Der Anspruch des Strafgefangenen beschränkt sich vielmehr auf Erteilung einer Bescheinigung darüber, was tatsächlich an die DRV-Schwaben gemeldet worden ist. Diesem Anspruch hat die BA entsprochen.

Auch selbstständigen Schuldern kann Restschuldbefreiung erteilt werden

In dem auf Antrag eines Schuldners eröffneten Insolvenzverfahren kündigte das Insolvenzgericht mit Beschluss vom 15.12.2000 an, dass der Schuldner Restschuldbefreiung erlange, wenn er für die Zeit von fünf Jahren ab Aufhebung des Insolvenzverfahrens den Obliegenheiten des § 295 der Insolvenzordnung (InsO) nachkomme.

Der Schuldner ist als Bauingenieur selbstständig tätig. Während der Wohlverhaltensphase hätte er unter Berücksichtigung seiner Unterhaltsverpflichtungen einen fiktiven pfändbaren Betrag von 26.788,40 Euro an den Treuhänder abführen müssen. Tatsächlich hat er Zahlungen in Höhe von 9.136,60 Euro erbracht. Mit Beschluss vom 28.12.2006 hat das Insolvenzgericht ihm unter Zurückweisung eines Versagungsantrags des Gläubigers die Restschuldbefreiung nach § 300 InsO erteilt. Die sofortige Beschwerde des Gläubigers ist erfolglos geblieben. Mit seiner Rechtsbeschwerde verfolgt er seinen Versagungsantrag weiter.

Die statthafte Rechtsbeschwerde ist nach dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 7.5.2009 – IX ZB 133/07 – unzulässig. Die Sache weist keine Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung auf. Eine Entscheidung des Rechtsbeschwerdegerichts zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung oder zur Fortbildung des Rechts ist nicht erforderlich.

Der Bundesgerichtshof hat bereits entschieden, dass § 295 Abs. 2 InsO die vom Schuldner abzuführenden Beträge vom tatsächlichen wirtschaftlichen Erfolg seiner selbstständigen Tätigkeit ablöst. Zu berechnen ist das anzunehmende fiktive Nettoeinkommen aus einem angemessenen Dienstverhältnis. Angemessen ist nur eine dem Schuldner mögliche abhängige Tätigkeit. Im vorliegenden Fall scheidet eine Versagung der Restschuldbefreiung aus, weil die Tatsacheninstanzen festgestellt haben, dass der Schuldner aufgrund seines Alters und der problematischen Verhältnisse am Arbeitsmarkt nicht die Möglichkeit gehabt hätte, in ein angemessenes abhängiges Beschäftigungsverhältnis zu wechseln, bei dem er ein höheres pfändbares Einkommen hätte erzielen können. Die dagegen gerichteten Angriffe der Rechtsbeschwerde lassen keinen Zulässigkeitsgrund erkennen.

Allgemein besteht Veranlassung zu folgenden Hinweisen: Der Gläubiger, der einen Antrag stellt, dem Schuldner die Restschuldbefreiung zu versagen, genügt im Fall des § 295 Abs. 2 InsO seiner Pflicht zur Glaubhaftmachung der Obliegenheitspflichtverletzung und der Beeinträchtigung der Befriedigung der Insolvenzgläubiger, wenn er darlegt, dass der Schuldner an den Treuhänder nicht den Betrag abgeführt hat, den er bei Ausübung einer vergleichbaren abhängigen Tätigkeit – etwa nach BAT – hätte abführen müssen. Der Schuldner muss sich dann von dem Vorwurf entlasten, seine Obliegenheitspflichten schuldhaft verletzt zu haben. Erkennt der Schuldner in der Wohlverhaltensphase, dass er mit der von ihm ausgeübten selbstständigen Tätigkeit nicht genug erwirtschaftet, um seine Gläubiger so zu stellen, als übe er eine entsprechende abhängige Tätigkeit aus,

braucht er seine selbstständige Tätigkeit zunächst nicht aufzugeben. Er muss sich dann aber – ebenso wie ein beschäftigungsloser Schuldner – gemäß § 295 Abs. 1 Nr. 1 InsO nachweisbar um eine angemessene Erwerbstätigkeit bemühen und – sobald sich ihm eine entsprechende Gelegenheit bietet – diese wahrnehmen, um den Verschuldensvorwurf zu entkräften.

Vergütung während der Kurzarbeit im Baugewerbe für einen gekündigten Maurer

Die Parteien stritten über Vergütungsansprüche für Zeiträume, in denen die Arbeit in einem Baubetrieb wegen Kurzarbeit ausgefallen ist.

Nach § 4 Nr. 6.1 des Bundesrahmentarifvertrags für das Baugewerbe entfällt der Lohnanspruch, wenn die Arbeitsleistung entweder aus zwingenden Witterungsgründen oder in der gesetzlichen Schlechtwetterzeit aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich wird. Soweit der Lohnausfall in der gesetzlichen Schlechtwetterzeit nicht durch Auflösung von Arbeitszeitguthaben ausgeglichen werden kann, ist der Arbeitgeber verpflichtet, mit der nächsten Lohnabrechnung das Saison-Kurzarbeitergeld in der gesetzlichen Höhe zu zahlen. Nach dem Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) vom 22.4.2009 – 5 AZR 310/08 – besteht diese Zahlungspflicht unabhängig davon, ob die persönlichen Bewilligungsvoraussetzungen für das Kurzarbeitergeld gemäß den §§ 169, 172 SGB III erfüllt sind.

Der Maurer war in einem Baubetrieb beschäftigt. Der Baubetrieb kündigte das Arbeitsverhältnis im Januar 2007 „wegen Arbeitsmangels“ zum 31.3.2007. Im Februar und März 2007 wurde in dem Baubetrieb Kurzarbeit durchgeführt. Die Arbeitnehmer erhielten nach § 175 SGB III Saison-Kurzarbeitergeld. Hiervon war der Maurer nach § 172 Abs. 1 Nr. 2 SGB III ausgeschlossen, weil sein Arbeitsverhältnis gekündigt worden war.

Im Gegensatz zu den Vorinstanzen hat das BAG mit dem vorgenannten Urteil dem Maurer eine (Brutto-)Vergütung in Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes zugesprochen. Im Falle von

Kurzarbeit trägt der Arbeitgeber zwar nicht das volle Risiko des Arbeitsausfalls. Der Arbeitnehmer behält aber den Lohnanspruch in Höhe des Kurzarbeitergeldes. Die eingangs zitierte Tarifnorm schließt diesen Anspruch nicht aus. Vielmehr hat der Arbeitgeber mit der entsprechenden Leistung unabhängig davon einzustehen, ob die Arbeitsagentur nach den öffentlich-rechtlichen Vorschriften das Kurzarbeitergeld zahlen muss. Im Regelfall ist der Arbeit-

geber allerdings durch die Leistung oder Erstattung der Arbeitsagentur entlastet.

Sinn und Zweck der Regelung erschließen sich danach wie folgt: Nach § 4 Nr. 6.1 Satz 1 BRTV Bau wird zwar der Lohnanspruch abbedungen. Die Sätze 2 und 3 enthalten aber eine eigenständige Ersatzregelung, damit der Arbeitnehmer nicht auf einen Schadenersatzanspruch wegen unterbliebener Anzeige oder betriebsbedingter Kündigung seitens des Arbeitgebers angewie-

sen ist, wenn er keinen Anspruch auf das gesetzliche Saison-Kurzarbeitergeld hat. Die Entkoppelung führt dazu, dass der Arbeitgeber mit der entsprechenden Leistung unabhängig davon einzutreten hat, ob die Arbeitsagentur nach den öffentlich-rechtlichen Vorschriften das Kurzarbeitergeld letztlich zahlen muss. Wegen des gekündigten Arbeitsverhältnisses hat der Arbeitgeber diese sonst von der Arbeitsagentur aufgebrauchte Leistung selbst zu erbringen.

Für Sie gelesen

Grundsicherung und Sozialhilfe

Kommentar von Prof. Dr. Peter Mrozynski. 5. Ergänzungslieferung, Stand 1. Februar 2009. 190 Seiten. Preis 42,00 Euro. ISBN 3-415-03655-3. Richard Boorberg Verlag GmbH & Co. KG, 70551 Stuttgart.

Während die Grundsicherung für Arbeitsuchende ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch (SGB) II gefunden hat, ist die Sozialhilfe im SGB XII verankert. Beide Gesetze haben seit ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 2005 zahlreiche Änderungen in raschen Zeitabständen erfahren. Deshalb ist es hilfreich, ein Standardwerk in Form einer Loseblatt-Ausgabe zu haben, das von Verlag und Autor auf dem neuesten Stand gehalten wird.

So zeichnet die 5. Ergänzungslieferung die neueste Entwicklung in SGB II und SGB XII durch Gesetzgebung und auch Rechtsprechung nach. Hervorzuheben sind dabei die Änderungen durch das Gesetz zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente vom 21. Dezember 2008. Aktualisiert hat der Autor auch die Erläuterungen zu den Regelleistungen für Kinder sowie die einmaligen Bedarfe und zusätzliche Leistungen für die Schule. Die Änderungen beim Kinderzuschlag wurden ebenso eingearbeitet wie die jüngste Entwicklung beim Einsatz von Einkommen und Vermögen. Auch ist das Verhältnis von Regelsatzkürzungen und der Anrechnung von Sachbezügen als Einkommen dargestellt. Schließlich

wurde im Anhang die „Düsseldorfer Tabelle“ für den Kinder- und den Ehegatten-Unterhalt, die Behandlung von Mangelfällen sowie den Verwandten-Unterhalt auf den aktuellen Stand (1. Januar 2009) gebracht.

Am Aufbau des Werkes hat sich nichts geändert: Das Handbuch verdeutlicht in sechs Kapiteln die Zusammenhänge der einzelnen Regelungen von Grundsicherung und Sozialhilfe, auf die nach wie vor Millionen von Menschen in Deutschland – oft gegen ihren Willen – angewiesen sind, und zeigt die gemeinsamen Grundsätze von SGB II und SGB XII auf. Im Anhang finden sich hilfreiche Schemata zum schnelleren Erfassen der komplexen Regelungen sowie ein Paragraphen-Verzeichnis von SGB II und SGB XII.

In zahlreichen Fußnoten zitiert Mrozynski Entscheidungen der Rechtsprechung – sowohl mit Gericht, Datum und Aktenzeichen als auch mit Sekundär-Fundstellen. Eine übersichtliche Gliederung mit Randziffern, die durch Begriffe am Seitenrand ergänzt werden, ermöglicht ebenso wie ein ausführliches Stichwortverzeichnis dem Leser ein schnelles Auffinden und einen optimalen Zugriff. Die Anschaulichkeit des Textes, die sich durch eine klare Sprache auszeichnet, wird durch zahlreiche Beispiele gesteigert.

Der Kommentar mit einem Umfang von rund 1.000 Seiten nimmt eine Spitzenposition in der einschlägigen Literatur ein und versteht sich als aktuelles Arbeitsmittel für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Job-Centern, Arbeitsagenturen, Ämtern für Grund-

sicherung, bei Beratungsstellen, Gerichten, Verbänden und sonstigen mit der Materie befassten Behörden. Er kann jedem, der sich mit den im Titel zum Ausdruck gebrachten Rechtsgebieten zu befassen hat, sehr empfohlen werden.

Dr. Dieter Leopold

SGB IX / Teil 2 – Schwerbehindertenrecht Handkommentar

Von Bernd Wiegand u.a., Lieferung 1/09, Stand: Juni 2009, Erich Schmidt Verlag, 1.680 Seiten, 68 Euro. ISBN 978-3-503-09722-7.

Die Lieferung enthält komplett aktualisierte Kommentierungen der Vorschriften des SGB IX, Kapitel 3. Es regelt in den §§ 80 bis 84 SGB IX die „Sonstigen Pflichten der Arbeitgeber, Rechte der schwerbehinderten Menschen“. Ebenfalls komplett auf den aktuellen Stand wurden beispielsweise die Kommentierungen der Vorschriften des Kapitels 10 „Sonstige Vorschriften“ gebracht. Hier werden u.a. der Vorrang der schwerbehinderten Menschen, Arbeitsentgelt und Dienstbezüge, Mehrarbeit, Zusatzurlaub, Nachteilsausgleich usw. geregelt.

Eingearbeitet wurden beispielsweise das Gesetz zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen und zur Änderung anderer Gesetze sowie das Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung. Auszugsweise sind die beiden Änderungsgesetze, soweit sie Änderungen des SGB IX betreffen, in der Lieferung enthalten.

Horst Marburger

Bundesverband der Rentenberater e.V.

Seit der Mitgliederversammlung am 19.09.2009 setzen sich die verantwortlichen Gremien unseres Berufsverbandes wie folgt zusammen:

Der Vorstand

Markus Vogts, Karlsruhe	Präsident ☎ 0721.9672134
Ed. Wilhelm Büscher, Köln	Stellvertreter des Präsidenten
Martin Reißig, Hamburg	Stellvertreter des Präsidenten
Marina Herbrich, Berlin	Pressestelle ☎ 030.93798030
Inge Richters-Dokter, Köln	Schatzmeisterin
Anna Monika Obeth, Ingolstadt	Veranstaltungsorganisation

Regionalbeauftragte: Siegfried Sommer (Süddeutsche Rentenberater), Johann L. Walter (Bayer. Rentenberater), Frank Parche (Beitrittsgebiet), Anke Voss (Berlin), Brigitte Vogt (Hessische Rentenberater), Sybille Freimuth (Norddeutsche Rentenberater), Johann S. Genten (Westdeutsche Rentenberater)

Facharbeitsgruppen: Versorgungsausgleich (Wilfried Hauptmann), Betriebliche Altersversorgung (Annette Wojtas)

Geschäftsführer: Rechtsanwalt Karl-Dieter Lorenzen ☎ 0221.2406642

Bundesverband der Rentenberater e.V.

Auf unserer Internetseite www.rentenberater.de unter „Termine“ finden Sie Anmeldeformulare und zusätzliche Informationen zu

Fortbildungs-Veranstaltungen

Samstag, 24. Oktober 2009, in Frankfurt

- Facharbeitsgruppe „Betriebliche Altersversorgung“

Freitag, 27. November 2009, in Düsseldorf

- Empfehlungsmarketing – die große Chance zur Gewinnung neuer Mandanten
- Aktuelles aus der Unfallversicherung

Samstag, 28. November 2009 in Düsseldorf

- Aktuelles aus der Rentenversicherung
- Begutachtung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rentenverfahren
- Aktuelles zum Gebührenrecht und zu Berufspflichten
- Das merke ich mir – Tipps für den Rentenberateralltag
- Aktuelle fachliche Hinweise

Freitag, 15. Januar 2010, in Leipzig

- Arbeitskreis „Ostdeutsche Rentenprobleme“

Samstag, 16. Januar 2010, in Leipzig

- Besonderheiten des ostdeutschen Rentenrechts
- AAÜG im Spannungsfeld der Rechtsprechung

Samstag, 20. März 2010, in Stuttgart

- Arbeitsgemeinschaft Süddeutscher Rentenberater

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 einmal 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.