

Die Rentenversicherung

Organ für den Bundesverband der Rentenberater e.V.

50. Jahrgang, Heft 7, Juli 2009

Inhalt

Abhandlungen

Die Vertretungsbefugnis von Rentenberatern vor den Familiengerichten Von Markus Vogts	121
Krankenkassen erzielen über eine Milliarde Euro Überschuss Von Dr. jur. Dieter Leopold	123
Reha vor Rente – auch für ältere Menschen Von Martin Münstermann	125
Der Beginn der Beschädigtenversorgung gemäß § 60 Abs. 1 BVG unter besonderer Berücksichtigung der Verhinderung an der Antragstellung Von Dirk Dahm	126

Zum Zeitgeschehen

Nachrichten aus der Sozialversicherung Zusammengestellt von Dr. jur. Dieter Leopold	128
--	-----

Rechtsprechung

Kurzberichte über Rechtsprechung in der (Kranken- und) Rentenversicherung Zusammengestellt von Gustav Figge	130
--	-----

Für Sie gelesen	139
------------------------------	-----

Zukunft...



W. Hauptmann

Ich möchte den Versorgungsausgleich als ein für Rentenberater bedeutsames Rechtsgebiet jetzt und in der Zukunft bezeichnen. Wichtig war der Versorgungsausgleich schon in der Vergangenheit, seit seiner Einführung 1977.

In den zurückliegenden dreißig Jahren sind fast sechs Millionen Ehen geschieden worden. Nach seriösen Schätzungen sind in neun von zehn Fällen die damit verbundenen Entscheidungen über den Versorgungsausgleich von Anfang an falsch gewesen – oder sie sind nachträglich falsch geworden.

Man staunt: Ursprünglich richtige Entscheidungen können falsch werden, können aber immer noch korrigiert werden. Oft kann nachträglich ein „restlicher schuldrechtlicher Versorgungsausgleich“ gegenüber dem früheren Ehegatten geltend gemacht und über das Familiengericht festgestellt werden, insbesondere wegen Betriebsrenten und Leistungsansprüchen aus Zusatzversicherungen.

Drum fragen darauf spezialisierte Rentenberater bei Kontenklärung, Rentenanspruch oder Prüfung von Rentenbescheiden stets nach Ehescheidung und Wiederverheiratung, wollen wissen, ob und wie ein Versorgungsausgleich erfolgte – und prüfen auf Wunsch die Möglichkeiten einer nachträglichen Abänderung. Rentenberater arbeiten in diesem Bereich gerne mit Fachanwälten für Familienrecht zusammen, werden von den Familiengerichten als Gutachter hinzugezogen.

Ich bin fest davon überzeugt: Rentenberater erkennen das ab 1.9.2009 geltende Versorgungsausgleichsrecht als Chance, um vor/bei/nach Scheidung ihren Mandanten die bestmögliche Beratung geben zu können.

Rentenberater Wilfried Hauptmann

Die Vertretungsbefugnis von Rentenberatern vor den Familiengerichten

Von Markus Vogts¹

Zum 1.7.2008 wurde das die Berufstätigkeit von Rentenberatern regelnde Rechtsberatungsrecht grundlegend reformiert.² Am 1.9.2009 tritt zeitgleich mit dem Gesetz zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs (VAStrRefG)³ das Gesetz zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG-RG)⁴ in Kraft. Da damit in erster Linie die Ablösung des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) durch das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) bezweckt wird, soll der Frage nachgegangen werden, ob die Vertretungsbefugnis von Rentenberatern vor den Familiengerichten auch nach den Reformen – insbesondere gemessen am Maßstab der Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49 EGV – als befriedigend gelöst angesehen werden kann.

1. Vertretung in Scheidungsfolgesachen im Rückblick

Fragen der sozialen Absicherung im Zusammenhang mit der Ehescheidung gehörten schon immer zum Kernbetätigungsfeld von Rentenberatern. Da das Gesetz vor Inkrafttreten des 1. EheRG vom 14.6.1976⁵ im Fall der Scheidung zunächst nur eine Hinterbliebenenversorgung in Form einer so genannten Geschiedenenwitwenrente in der gesetzlichen Rentenversicherung⁶ bzw. den Unterhaltsbeitrag in der Beamtenversorgung⁷ vorsah, bezog sich die berufliche Tätigkeit von Rentenberatern angesichts der Unvollkommenheit der früher gültigen Regelungen⁸ häufig auf die Durchsetzung von Leistungsansprüchen. Nicht selten ergab sich daher die Notwendigkeit einer Vertretung vor den Sozialgerichten und den Verwaltungsgerichten. Mit der Einführung des Versorgungsausgleichs durch das 1. EheRG trat trotz des Fortbestehens

der alten Vorschriften für alle vor dem 1.7.1977 geschiedenen Ehen eine Verschiebung der prozessualen Tätigkeit bei scheidungsfolgenrechtlichen Mandaten ein. Denn ein Streit über Art und Umfang des Versorgungsausgleichs war seit dem 1.7.1977 bei den neu eingerichteten und für Scheidungssachen umfassend zuständigen Familiengerichten zu führen. Soweit der Versorgungsausgleich nicht mehr im Zwangs- oder Mindestverbund als Folgesache nach § 623 Abs. 1 Satz 1 ZPO bearbeitet wurde, bestand dort nicht die Notwendigkeit, sich durch einen Anwalt vertreten zu lassen.⁹ Während selbstständige Verfahren im Bereich des Versorgungsausgleichs zunächst schwerpunktmäßig auf die antragsabhängige Geltendmachung des schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach § 1587g BGB gerichtet waren, bezog sich die Prozessvertretung von Rentenberatern vor den Familiengerichten später vermehrt auch auf die Abänderung rechtskräftiger Versorgungsausgleichsentscheidungen nach § 10a VAHRG und nach § 1587d Abs. 2 BGB sowie auf die Geltendmachung des verlängerten schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs.

¹ Der Autor ist Präsident des Bundesverbandes der Rentenberater e.V. und Partner der Kanzlei VOGTS & PARTER, Rentenberater Rechtsbeistände, Karlsruhe.

² Gesetz zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts, BGBl. I S. 2840.

³ BGBl. I S. 700.

⁴ BGBl. I S. 2586.

⁵ BGBl. I S. 1421.

⁶ §§ 1265 RVO a.F., 42 AVG a.F., 65 RKG a.F.

⁷ §§ 125 Abs. 2 BBG a.F., 73 BRRG a.F., 86 BeamtVG.

⁸ Nur etwa 4 Prozent aller geschiedenen Frauen kamen in den Genuss einer Geschiedenenwitwenrente, vgl. Beschluss des BVerfG vom 13.5.1986 in FamRZ 1986, 877 mit Hinweisen auf die diesbezüglichen Ermittlungen des BMAS.

⁹ Vgl. § 13 FGG i.d.F. bis zum 30.6.2008.

2. Änderungen durch das neue Rechtsberatungsrecht

Bis zum 30.6.2008 regelte im Wesentlichen das Rechtsberatungsgesetz (RBerG) die Berufstätigkeit der Rentenberater. Seit dem 1.7.2008 sind die Vorschriften des Gesetzes zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts an die Stelle des RBerG getreten. Für Rentenberater, die nach dem 30.6.2008¹⁰ einen Antrag auf Zulassung zur geschäftsmäßigen Rechtsberatung gestellt haben, gelten ausschließlich das Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG)¹¹ sowie die Rechtsdienstleistungsverordnung (RDV).¹² Für Inhaber von Alterlaubnissen nach dem Rechtsberatungsgesetz ist durch das Einführungsgesetz zum Rechtsdienstleistungsgesetz (RDGEG) ein Übergangsrecht geschaffen worden, das neben der Wahrung des vertretungsrechtlichen Status quo vor den Gerichten die Vermeidung von Transferverlusten bei der Überführung der alten Erlaubnisse in das Rechtsdienstleistungsregister zum Ziel hat. Während das RBerG eine Beschränkung der Tätigkeit von Rentenberatern in gerichtlichen Verfahren nicht vorsah¹³, geht das Rechtsdienstleistungsgesetz nun den Weg, die geschäftsmäßige Rechtsdienstleistung nur im außergerichtlichen Bereich unter Erlaubnisvorbehalt zu stellen.¹⁴ Den zeitgleich zum 1.7.2008 durch das Gesetz zur Reform des Rechtsberatungsrechts reformierten Regelungen in den Verfahrensordnungen¹⁵ soll es folglich vorbehalten bleiben zu bestimmen, in welchem Umfang eine Vertretung künftig gestattet ist.¹⁶ Die ab dem 1.7.2008 gültige Fassung des § 13 Abs. 1 FGG sieht inzwischen auch in selbstständigen Verfahren des Versorgungsausgleichs ein anwaltliches Vertretungsprivileg vor.¹⁷ Der in § 13 Abs. 2 FGG geregelte Ausnahmekatalog umfasst dabei weder die ab dem 1.7.2008 nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 RDG im Bereich der Rentenberatung registrierten Personen noch die Alt-Erlaubnisinhaber, die unter der zeitlichen Geltung des RBerG eine Erlaubnis ohne Beschränkung auf den außergerichtlichen Bereich erhalten haben. Durch Artikel 2 des Gesetzes zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts wurde jedoch für die vor dem 1.7.2008 bereits tätigen und nach Artikel 1 § 1

Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 RBerG zugelassenen Rentenberater ein umfassendes Übergangsrecht in Form des Einführungsgesetzes zum RDG (RDGEG) geschaffen. Alt-Erlaubnisinhaber nach dem RBerG, deren Befugnisse als registrierte Erlaubnisinhaber nach § 1 Abs. 3 RDGEG in das Rechtsdienstleistungsregister überführt wurden, stehen nach § 3 Abs. 2 RDGEG im Sinne von § 13 Abs. 2 FGG n.F. einem Rechtsanwalt gleich.¹⁸

3. Änderungen durch das FGG-RG

Zum 1.9.2009 wird das Verfahrensrecht in Familiensachen durch das FGG-RG umfassend neu geordnet. Hierzu werden sämtliche familienverfahrensrechtlichen Vorschriften aus den Einzelgesetzen herausgelöst und an einen einheitlichen Standort, das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)¹⁹, überführt.²⁰ Unterschiedliche Regelungsstandorte für das familiengerichtliche Verfahren gibt es daher nicht mehr.²¹

Nach § 114 Abs. 1 FamFG besteht künftig vor dem Familiengericht und dem Oberlandesgericht in Ehesachen²², Folgesachen²³ und selbstständigen Familienstreitsachen²⁴ Anwaltszwang, soweit der für spezielle Verfahrenshandlungen vorgesehene Ausnahmekatalog in § 114 Abs. 4 FamFG diesen nicht durchbricht. Versorgungsausgleichssachen werden in § 137 Abs. 2 Nr. 1 FamFG zwar als Folgesachen bezeichnet. Dies gilt allerdings auch weiterhin nur insoweit, als ein Verbund nach § 137 Abs. 1 FamFG gegeben ist.

Soweit eine Vertretung durch Rechtsanwälte nach § 114 FGG nicht geboten ist, besteht nach § 10 Abs. 2 FamFG entsprechend dem § 13 Abs. 2 FGG in der seit dem 1.7.2008 gültigen Fassung ein grundsätzliches Vertretungsmonopol durch Anwälte. Dieses grundsätzliche Monopol wird allerdings zugunsten registrierter Erlaubnisinhaber i.S.v. § 1 Abs. 3 RDGEG durchbrochen. Denn Artikel 110 des FGG-RG räumt diesem Personenkreis einen Bestandschutz ein, indem er in § 3 Abs. 2 Satz 1 RDGEG die Wörter „§ 13 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ durch

- 10 Aus Gründen des Vertrauensschutzes sieht § 7 RDGEG vor, dass über Anträge, die noch vor dem 1.7.2008 gestellt wurden, nach altem Recht und damit nach dem RBerG zu entscheiden ist; zur Ausfüllung einer durch den Gesetzgeber nicht beabsichtigten Regelungslücke hat das BMJ den Landesjustizverwaltungen im Rundbrief vom August 2008 (RB 1 – 7525/21 R 3 799/2008) empfohlen, § 7 RDGEG auch im Rahmen von fristgerecht gestellten Anträgen nach § 157 ZPO a.F bzw. § 73 Abs. 6 SGG a.F entsprechend anzuwenden.
- 11 Artikel 1 der Gesetzes zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts.
- 12 BGBl. I S. 1069.
- 13 Vgl. Rennen/Caliebe, Kommentar zum Rechtsberatungsgesetz, 3. Auflage, 2001, unter Rn. 42 zu Art. 1 § 1 RBerG.
- 14 Killian/Sabel/vom Stein, Das neue Rechtsberatungsrecht, § 1 Rn. 16.
- 15 Vgl. insbesondere Artikel 8, 10, 11, 12 und 13 des Gesetzes zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts, durch die zeitgleich zum 1.7.2008 die Vertretungsbefugnisse in der ZPO, dem FGG, dem ArbGG, dem SGG und der VwGO geändert wurden.
- 16 Vgl. Seite 33 der Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung in BT-Drs. 16/3655 vom 30.11.2006.
- 17 Was es in erstinstanzlichen Verfahren generell nicht gab, selbst von der mündlichen Verhandlung waren Rentenberater vor den Familiengerichten nicht ausgeschlossen, da § 157 Abs. 3 ZPO i.d.F. bis zum 30.6.2008 in Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit nicht entsprechend anwendbar war, vgl. Bumiller/Winkler, Freiwillige Gerichtsbarkeit, Kommentar zum FGG, 5. Auflage 1992, Rn. 6 zu § 13 FGG.
- 18 Dies gilt auch für die Vertretungsbefugnis im Rahmen der befristeten Beschwerde nach § 621e Abs. 1 ZPO, da nach § 78 Abs. 3 ZPO auch vor dem OLG in isolierten Verfahren über den Versorgungsausgleich keine Vertretung durch Anwälte vorgeschrieben ist; Anwaltszwang besteht nur im dritten Rechtszug bei der Erhebung der Rechtsbeschwerde zum BGH, vgl. Johannsen/Henrich, Eherecht, 4. Auflage 2003, Rn. 28 zu § 621 ZPO.
- 19 Artikel 1 des FGG-RG.
- 20 Das gesamte Buch 6 der ZPO wird deshalb durch Artikel 29 FGG-RG aufgehoben; alle speziellen familienverfahrensrechtlichen Vorschriften in der HausVO, im VAHRG, im BGB und in anderen Gesetzen werden gestrichen und teilweise in modifizierter Form in das FamFG überführt.
- 21 Gleichwohl verweist das FamFG für bestimmte Verfahren auf allgemeine Vorschriften der ZPO.
- 22 Vgl. § 121 FamFG.
- 23 Vgl. § 137 Abs. 2 FamFG.
- 24 Vgl. § 112 FamFG.

die Wörter „§ 10 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ ersetzt. Registrierte Erlaubnisinhaber stehen daher auch i.S.v. § 10 Abs. 2 FamFG einem Rechtsanwalt gleich.²⁵

4. Änderungen des FamFG durch das VAStrRefG

Schon vor seinem Inkrafttreten zum 1.9.2009 ist das FamFG durch Artikel 2 des VAStrRefG ab Beginn geändert worden. Im hier zu untersuchenden Zusammenhang bedeutsam ist die Erweiterung des Ausnahmekatalogs vom Anwaltszwang durch eine neu eingefügte Nummer 7 in § 114 Abs. 4 FamFG. Hiernach ist es für den Antrag auf Durchführung des Versorgungsausgleichs nach § 3 Abs. 3 Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) und die Erklärung zum Wahlrecht nach § 15 Abs. 1 und 3 VersAusglG nicht erforderlich, sich durch einen Rechtsanwalt vertreten zu lassen. Dies bedeutet, dass durch registrierte Erlaubnisinhaber i.S.d. § 1 Abs. 3 RDGEG künftig auch in diesem Rahmen eine Vertretung möglich sein wird.

5. Kritik

Die nach § 1 Abs. 3 RDGEG registrierten (Alt-) Erlaubnisinhaber wurden kraft ihrer Sachkunde in Versorgungsausgleichsfragen durch die Familiengerichte regelmäßig als Sachverständige hinzugezogen. Angesichts der Anforderungen, die das neue Versorgungsausgleichsrecht an die Familiengerichte stellt, wird sich hieran gewiss nichts ändern. Daher ist kein vernünftiger Grund erkennbar, in Verfahren, in denen sich die Parteien selbst vertreten können, die ausschließlich nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 RDG registrierten Rentenberater von der Vertretungsbefugnis nach § 10 Abs. 2 FamFG auszunehmen. Es ist daher zu fordern und zugleich zu empfehlen, die nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 RDG registrierten Personen entsprechend § 73 Abs. 2 Nr. 3 SGG in den Katalog der zur Vertretung befugten Personen in § 10 Abs. 2 FamFG aufzunehmen.²⁶ Denn ohne eine auch für die Rentenberater neuen Rechts befriedigende Vertretungsbefugnis wird das übergeordnete

Ziel des Gesetzes zur Neuordnung des Rechtsberatungsrechts, das Recht der Rechtsberatung mit dem modernen europarechtlichen Dienstleistungsbegriff zu harmonisieren²⁷, wohl nicht erreicht. Vielmehr wird sich die Politik dem Vorwurf ausgesetzt sehen, Berufsausübungsregelungen i.S. der geänderten Verfahrensvorschriften an Partikularinteressen auszurichten, statt diese auf vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls zu stützen. Europarechtlich könnte sich dieser Mangel trotz des dem Verbraucherschutzgedanken dienenden und zu begrüßenden hohen Schutzniveaus als trojanisches Pferd für den Rechtsbe-

ratungsmarkt insgesamt erweisen. Nämlich dann, wenn der EuGH im vorliegenden Zusammenhang nicht ausschließlich in Erinnerung bringen sollte, dass Rechts- und Verwaltungsvorschriften in geeigneter, über das Ziel hinauschießender und insbesondere nicht diskriminierender Weise angewendet werden müssen.²⁸

Anschrift des Verfassers:

Kanzlei VOGTS & PARTNER
Lötzener Straße 6
76139 Karlsruhe

Krankenkassen erzielen über eine Milliarde Euro Überschuss

Bilanz für das erste Vierteljahr 2009 – kaum Zusatzbeiträge zu erwarten

Von Dr. jur. Dieter Leopold

Die Befürchtung der gesetzlichen Krankenkassen, die finanziellen Mittel aus dem am 1. Januar 2009 installierten Gesundheitsfonds würden zur medizinischen Versorgung der Versicherten nicht ausreichen, haben sich bisher nicht bestätigt: Die über 180 gesetzlichen Krankenkassen haben trotz Wirtschaftskrise und Ausgabezuwächsen im ersten Quartal dieses Jahres einen Überschuss von 1,1 Milliarden Euro verbucht. Erfreulich aus dem Blickwinkel der Versicherten ist dabei: Wegen der bisher guten Finanzentwicklung werden bei den meisten Krankenkassen in diesem Jahr keine Zusatzbeiträge eingeführt. Nach Ansicht von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ist die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) solide gerechnet und der Gesundheitsfonds solide finanziert. Im gesamten Jahr 2008 hatten die Krankenkassen insgesamt einen Einnahmenüberschuss von 729 Millionen Euro erzielt.

Nach den vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Zahlen

standen den Ausgaben in Höhe von 41,4 Milliarden Euro Einnahmen von 42,5 Milliarden Euro gegenüber. Vertreter der Krankenkassen und ihres Spitzenverbandes warnten allerdings davor, das günstige Ergebnis auf das gesamte Jahr hochzurechnen; denn es beruhe auf vielen Sondereffekten. So erhielten die Krankenkassen durch den Gesund-

25 Die in Fn. 18 dargestellte Rechtslage gilt für registrierte Erlaubnisinhaber über den 30.6.2008 hinaus, da lediglich die Rechtsbeschwerde zum BGH nach § 114 Abs. 2 FamFG dem Anwaltszwang unterfällt.

26 Dies gilt auch für die zum 1.7.2008 durch das Gesetz zur Neuregelung des Rechtsberatungsgesetzes vollzogenen Änderungen in § 79 ZPO, § 11 ArbGG und § 67 VwGO in Verfahren, in denen die Beteiligten den Rechtsstreit selber führen dürfen.

27 Vgl. ausführlich die Begründung zum Gesetz zur Reform des Rechtsberatungsrechts in BT-Drucksache 16/3655, 27.

28 Vgl. EuGH, Rs. 71/76, Slg. 1977, 765 (Thieffry); EuGH, Rs. C-76/90, Slg. 1991, I-4421 (Saeger/Dennemyer); EuGH, Rs. C-19/92, Slg. 1993, 1663 (Kraus).

heitsfonds die staatlichen Zuschüsse nicht mehr im zweiten und im vierten Quartal, sondern jetzt monatlich überwiesen. Dadurch gehört die bisher übliche „Einnahmeschwäche“ des ersten Quartals der Vergangenheit an. Auch beruht ein Teil der Einnahmen auf der Möglichkeit, dass Versicherte ihre vom Gesetzgeber begrenzten Zuzahlungen (zwei Prozent und für chronisch kranke Patienten ein Prozent des Jahreseinkommens) vorab leisten, um damit für den Rest des Jahres vom Eigenanteil befreit zu sein. Allein den Ortskrankenkassen hat dies in den ersten drei Monaten 2009 einen Betrag von 135 Millionen Euro eingebracht. „Eine Schwalbe macht noch keinen Sommer und ein gutes erstes Quartal nicht automatisch ein gutes Jahresergebnis“, sagte der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz. Die Krise werde sich zeitverzögert im Lauf des Jahres auf alle Sozialversicherungsträger auswirken. Lanz verwies in diesem Zusammenhang auf die Schätzung von Experten, wonach im Gesamtjahr 2009 rund drei Milliarden Euro im Gesundheitsfonds fehlen würden.

Alle Krankenkassenarten konnten im ersten Quartal 2009 Überschüsse verbuchen und damit ihre Liquidität verbessern. Während die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) als größte Kassenart mit 24 Millionen Versicherten im ersten Quartal 2009, bedingt durch den neu gestalteten Risikostrukturausgleich, einen Überschuss von 582 Millionen Euro erwirtschafteten, belief sich der Quartalsüberschuss bei den Ersatzkassen (20 Millionen Versicherte) auf 193 Millionen Euro. Die Betriebskrankenkassen lagen mit 92 Millionen Euro im Plus und die Innungskrankenkassen mit 108 Millionen Euro. Auch die Knappschaft erzielte einen Überschuss von 84 Millionen Euro. Nicht am Gesundheitsfonds, der in diesem Jahr eine finanzielle Größenordnung von rund 167,6 Milliarden Euro aufweist, nehmen die neun landwirtschaftlichen Krankenkassen teil.

Bei der Vorstellung der Ergebnisse wies Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt darauf hin, dass die gesetzlichen Krankenkassen von Ende

2003 bis Ende 2008 durch die Überschussentwicklung der letzten fünf Jahre Bruttoschulden in Höhe von rund 8,3 Milliarden Euro in Finanzreserven von über vier Milliarden Euro umwandeln konnten. Die Ministerin trat allerdings der Schlussfolgerung entgegen, die Krankenkassen hätten dadurch Mittel zur Finanzierung zusätzlicher Aufgaben; denn zu Beginn eines Jahres seien die Ausgaben in der Regel etwas geringer als im Durchschnitt der Folgequartale: „Umso mehr sind die Krankenkassen aufgefordert, mit den Geldern der Beitragszahler sparsam umzugehen.“ Dass weitere Möglichkeiten bestünden, die Ausgabenentwicklung positiv zu steuern, werde bei den jüngst abgeschlossenen Arzneimittel-Rabattverträgen einiger Krankenkassen deutlich.

Im Vergleich zum Ausgabenvolumen des Jahres 2008 stehen den Krankenkassen in diesem Jahr rund elf Milliarden Euro mehr zur Verfügung. Selbst bei einer vorsichtigen Einschätzung spreche alles dafür, dass die Krankenkassen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre dieses Jahr entstehenden Ausgaben zu 100 Prozent decken könnten. Dafür spreche auch, dass nach Einschätzung des Bundesversicherungsamtes voraussichtlich nur wenige Krankenkassen einen Zusatzbeitrag benötigen und demgegenüber einige wenige Krankenkassen die Auszahlung einer Prämie angekündigt haben.

Die Ausgabenentwicklung ist unterschiedlich verlaufen

Im ersten Quartal 2009 stiegen die Leistungsausgaben der Krankenkassen um 6,5 Prozent je Versicherten an. Allerdings verlief die Entwicklung in den größeren Leistungsbereichen sehr unterschiedlich. So erhöhte sich der Anteil aller Ausgaben der Krankenkassen, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen, auf rund 19 Prozent. Darin eingeschlossen ist die von den Versicherten gezahlte Praxisgebühr.

Der Anstieg bei den Ausgaben für die stationäre Versorgung lag bei 5,6 Prozent je Versicherten und spiegelt teilweise bereits die zusätzlichen Mittel

von rund 3,5 Milliarden Euro wider, die den Krankenhäusern in diesem Jahr zur Verbesserung der Finanz- und Arbeitssituation zur Verfügung stehen.

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben (ohne Impfkosten) lag bei 5,5 Prozent je Versicherten und zeigt – so Ulla Schmidt – deutlich, dass die konsequente Nutzung von Einsparmöglichkeiten durch Rabattverträge der Krankenkassen mit den Arzneimittelherstellern im weiteren Verlauf des Jahres dringend geboten ist. Eine wirksame Steuerung der Arzneimittelausgaben dürfe sich nicht auf die erfolgreiche Ausschöpfung von Preissenkungsspielräumen im Festbetragsmarkt beschränken. Vor allem sollte auch die vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit zur Kosten-Nutzen-Bewertung bei Arzneimitteln mit geringem therapeutischem Zusatznutzen genutzt und sollten damit überflüssige Arzneimittelverordnungen vermieden werden. Gerade im Bereich der neuen hochwirksamen und teuren Arzneimittel sei es wichtig, diese zielgenau einzusetzen.

Die Netto-Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen sind nach längerer Stabilität in den Vorjahren mit 4,4 Prozent je Versicherten wieder gestiegen – wenn auch mit unterschiedlicher Entwicklung bei den einzelnen Krankenkassenarten. Spitzenreiter sind hier die Innungskrankenkassen (12,8 Prozent), gefolgt von der Knappschaft (9,6 Prozent) und den Betriebskrankenkassen (8,5 Prozent). Ein Minus von 2,9 Prozent melden die Ersatzkassen, und die Ortskrankenkassen hatten bei den Verwaltungskosten einen Zuwachs von 3,9 Prozent zu verzeichnen.

Die Ergebnisse im Einzelnen

In den wichtigsten Leistungsbereichen der GKV gab es im ersten Vierteljahr 2009 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum folgende Veränderungsdaten:

Ausgabenart	Versicherte/%
Ärztliche Behandlung	9,1
Zahnärztliche Behandlung	2,8
Zahnersatz	4,7
Arzneimittel	5,5
Hilfsmittel	4,4
Heilmittel	3,5
Krankenhausbehandlung	5,6
Krankengeld	11,1
Fahrtkosten	9,4
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	1,8
Soziale Dienste / Prävention	- 4,5
Früherkennungsuntersuchungen	11,7
Schwangerschaft	2,0
Häusliche Krankenpflege	10,3
Leistungsausgaben insgesamt	6,5
Netto-Verwaltungskosten	4,4

Anschrift des Verfassers:
Scheffelstr. 17
97072 Würzburg

Reha vor Rente – auch für ältere Menschen

Von Martin Münstermann, Rentenberater

Allein der Wunsch nach Rente reicht für deren Bezug bei Leistungsminderungen oftmals nicht aus. Für eine vorzeitige Altersrente fehlen häufig die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen: Wartezeit nicht erfüllt, spezielle Altersgrenzen sind noch nicht erreicht. Der Blick fällt schnell auf eine Erwerbsminderungsrente. Vor dem Hintergrund der Verlängerung der Lebensarbeitszeit und des Wegfalls vieler Altersrenten (z. B. für Frauen oder nach Arbeitslosigkeit und Altersteilzeit) werden entsprechende Anträge zunehmen. Daher ist der Fokus auf den Grundsatz „Reha vor Rente“ zu lenken.

Wenn eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, sollten zunächst die Möglichkeiten des Sozialgesetzbuches IX „Rehabilitation (Reha) und Teil-

habe behinderter Menschen“ ausgeschöpft werden. Stellt z. B. die Agentur für Arbeit in einem Gutachten fest, dass von „einer mehr als sechsmonatigen Minderung der Leistungsfähigkeit“ ausgegangen werden kann, liegen gute Voraussetzungen vor, um eine entsprechende Maßnahme zu erhalten.

In § 2 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX heißt es: *Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.*

Viele Versicherte würden gern wieder arbeiten, wenn es ihnen möglich wäre. Dabei müssen bisherige Vorstellungen, nach denen ältere Menschen auf dem Arbeitsmarkt keine Chance haben, revidiert werden. Der Intention des Gesetzgebers, die Lebensarbeitszeit bis zum 67. Lebensjahr zu verlängern, müssen sich nicht nur die Rentenberater stellen.

In Heft 2/2009 (April 2009) der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“, herausgegeben von der Deutschen Rentenversicherung Bund, wird unter der Überschrift „Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Arbeitnehmer/innen und Risiken im Altersübergang: aktuelle Trends und Entwicklungsperspektiven“ dargestellt, dass ältere Arbeitnehmer ohne Qualifikation nach dem 58. Lebensjahr eher weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben. Gerade deshalb sei es notwendig, die Versicherten über Maßnahmen zur Teilhabe am Erwerbsleben zu qualifizieren, um ihnen noch Chancen zu eröffnen, länger im Arbeitsleben zu verbleiben.

Hier bietet sich Gelegenheit in der Beratung, den Grundsatz „Reha vor Rente“ aktiv einzubringen, und zwar nicht nur bei der Beantragung von Leistungen, sondern auch (noch) in Widerspruchs- und Klageverfahren.

Denn bei der Analyse und Bewertung machen es sich die Rentenversicherungsträger häufig zu einfach, wenn sie meinen, für eine Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien die Bemühungen der Agentur für Arbeit allein ausreichend. Im Einzelfall, ja vielfach, ist das dann unzutreffend, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, wie sie bei älteren Menschen oft vorkommen. Viele Arbeitslose haben, wie neutrale Untersuchungen belegen, erhebliche gesundheitliche Probleme und sehr oft dazu psychische Erkrankungen – und sie haben keinen Anspruch auf einen Schonarbeitsplatz.

Aufgrund der allgemeinen Wirtschaftskrise stehen Arbeitsplätze mit niederschweligen Anforderungsprofilen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kaum zur Verfügung. Daher ist eine zielführende Klärung des Sachverhalts vorzunehmen, um die Ansprüche des Versicherten festzustellen. Dazu gehört es, alle Perspektiven zu bedenken, nicht nur eine Berentung vor Augen zu haben. Hier stellt sich die Frage nach der Umsetzung des Amtsermittlungsprinzips nach § 20 SGB X sowie der Pflicht zu Auskunft und Beratung nach den §§ 14 und 15 SGB I durch die jeweiligen Leistungsträger. Diese sozialen Grundrechte kann und soll auch der beauftragte Rentenberater einfordern.

Obwohl Rentenversicherungsträger nach § 16 SGB VI einzelne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den Vorschriften des SGB IX erbringen müssen, so bleibt ein isolierter Anspruch bestehen und sollte in der täglichen Praxis beachtet und ggf. durchgesetzt werden.

In § 4 Abs. 1 SGB IX werden die Ziele der Teilhabe am Erwerbsleben definiert: Behinderungen abwenden, beseitigen, mindern, ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mindern. Ferner sind Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Desgleichen ist der vorzeitige Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder sind laufende Sozialleistungen zu mindern.

In § 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX ist definiert, dass die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten des Betroffenen dauerhaft zu sichern ist. Diese werden erfahrungsgemäß kaum durch die Rehabilitations-träger ermittelt. Insofern bietet sich die Unterstützung durch den Rentenberater an, in den jeweiligen Antragsverfahren entsprechende Faktoren einzubringen bzw. herauszustellen.

In § 4 Abs. 2 SGB IX wird zudem ausgeführt, dass die Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches (= SGB IX) und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften erbracht werden. Damit steht das SGB IX mindestens gleichrangig neben den individuellen Regelungen der einzelnen Sozialleistungsbereiche. Es gilt quasi als Generalnorm.

Wenn in den §§ 5 – 7 SGB IX auf Zuständigkeiten und Regelungen des jeweiligen Rehabilitationsträgers hingewiesen wird, sind die o. g. Ziele zu erfüllen. Grundsätzlich ist der zuerst angegangene Träger, bei dem der Antrag eingeht, zuständig – es sei denn, dieser kann zeitnah den richtigeren Träger feststellen und den Antrag dorthin weiterleiten, ohne dass dies zu unzumutbaren Verzögerungen führt.

Um eine sachgerechte Beurteilung vornehmen zu können, muss folglich all das mitberücksichtigt werden, was von den Landesämtern für soziale Dienste und der Agentur für Arbeit an Erkenntnissen gewonnen wurde, um „Reha vor Rente“ zu verwirklichen.

Es muss standardisierte Aufgabe der Rentenversicherungsträger sein, festzustellen, ob und welche Leistungen zur Rehabilitation nach dem SGB IX zu beanspruchen wären, sobald eine Leistungsminderung dort bekannt wird. Falls die Rentenversicherungsträger dazu keine Möglichkeit sehen, muss eben

gefolgt werden, dass die Leistungsminderungen zu einer (Teil)-Rente wegen Erwerbsminderung führen.

Vor allem dürfen unter Hinweis auf das „Alter“ von Versicherten sinnvolle Reha-Leistungen nicht „pauschal“ verweigert werden. Dies widerspricht allen Zielen unserer Sozialgesetzgebung, damit sicher auch dem Grundgesetz und dem Anti-Diskriminierungsgesetz.

Anschrift des Verfassers:

Hohenrah 1

23843 Rümpel/Bad Oldesloe

Der Beginn der Beschädigtenversorgung gemäß § 60 Abs. 1 BVG unter besonderer Berücksichtigung der Verhinderung an der Antragstellung

Von Dirk Dahm

Nach § 60 Abs. 1 BVG beginnt die Beschädigtenversorgung mit dem Monat, in dem die Voraussetzungen vorliegen, frühestens mit dem Antragsmonat. Die Versorgung ist auch für Zeiträume vor der Antragstellung zu leisten, wenn der Antrag innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Schädigung gestellt wird. Wenn der Beschädigte ohne sein Verschulden an der Antragstellung verhindert war, so verlängert sich diese Frist um den Zeitraum der Verhinderung.

Einleitung

Nach § 60 Absatz 1 Satz 1 BVG beginnt die Beschädigtenversorgung mit dem Monat, in dem die Voraussetzungen vorliegen, frühestens mit dem Ersten des Antragsmonats. Diese Regelung folgt dem das Bundesversorgungsgesetz beherrschenden Grundsatz, dass Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz zu beantragen sind.¹ Ausnahmsweise eröffnet § 60 Abs. 1 Satz 2 BVG eine Rückwirkung, wenn der Antrag binnen Jahresfrist nach der Schädigung

gestellt wird. Ihrer Wirkung nach verschafft die Jahresfrist eine Wiedereinsetzung in den Stand bei Eintritt der Schädigung.² Im Vordergrund der nachfolgenden Ausführungen soll die Bestimmung des § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG stehen, wonach die Jahresfrist um den Zeitraum erweitert wird, in dem eine unverschuldete Verhinderung an der Antragstellung vorgelegen hat.

Verhinderung an der Antragstellung

Mit Wirkung ab 1. Januar 1979 wurde das Bundesversorgungsgesetz dahingehend geändert, dass für den Fall, dass der Betroffene an einer früheren Antragstellung ohne sein Verschulden gehindert war, Versorgungsleistungen auch für die Zeit vor Antragstellung gewährt werden können (§ 60 Abs. 1 Satz 3 BVG

¹ Zum Antrag auf Sozialleistungen allgemein Dahm in BG 1999, S. 765 ff.

² BSG vom 10.12.2003 – B 9 VJ 2/02 R – in Breithaupt 2004, S. 540.

i.d.F. von Art. 1 Nr. 37 und Art. 8 des Zehnten Anpassungsgesetzes-KOV vom 10. August 1978, BGBl. I S. 1217). Der Ausnahmecharakter der erweiterten Rückwirkung des Antrages gebietet jedoch eine enge Handhabung.³ So ist nicht dadurch, dass der Betroffene durch eine psychische Erkrankung sowohl in seiner allgemeinen Lebensführung als auch im Erwerbsleben erheblich eingeschränkt war, eine schuldlose Verhinderung an der Antragstellung gegeben;⁴ auch das fehlende Wissen um einen möglicherweise bestehenden Anspruch bzw. Entschädigungstatbestand stellt keinen Anwendungsfall des § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG dar.⁵

Eine Verhinderung liegt vor bei Umständen, die von dem Beschädigten unbeeinflussbar waren (z.B. Naturkatastrophen, Streik, unabwendbare Zufälle); eine Verhinderung liegt nicht vor, wenn der Antrag aus dem freien Willen des Antragstellers unterbleibt, z.B. weil ein Antrag für aussichtslos gehalten wird. Irrtum, Zweifel oder Ungewissheit über die Erfolgsaussichten eines Antrages stellen keine Verhinderung i.S.d. § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG dar, wenn sie nicht ihren Grund in einer fehlerhaften Auskunft oder Beratung eines Sozialleistungsträgers haben.⁶

Warum das Tatbestandsmerkmal „ohne sein Verschulden“ in § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG sich nicht mit Rechtsunkenntnis begründen lässt, hat das Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern in seiner Entscheidung vom 10. Mai 2001 zutreffend begründet:⁷ Danach liegt ein Verschulden nur dann nicht vor, wenn der Antragsteller oder sein Vertreter die nach den Umständen des Einzelfalles zu erwartende zumutbare Sorgfalt beachtet hat; grundsätzlich gilt insoweit ein subjektiver Maßstab, so dass insbesondere der Geisteszustand, das Alter, der Bildungsgrad und die Geschäftsgewandtheit des Antragstellers zu berücksichtigen sind. Hiervon ausgehend führt das zweitinstanzliche Gericht für seine Aussage, dass Rechtsunkenntnis ein Verschulden nicht ausschließt, an, dass jedem Bürger gesetzliche Bestimmungen nach ihrer Veröffentlichung bekannt sind und dass im

Sozialrecht für den Bürger vielfältige Möglichkeiten bestehen, sich über seine sozialen Rechte zu informieren; hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf die den Leistungsträgern nach §§ 13 bis 15 SGB I obliegende Verpflichtung zur Auskunft und Beratung.⁸ „Ohne sein Verschulden“ lässt sich schließlich nicht mit Rechtsunkenntnis begründen, weil Auskünfte in allen sozialrechtlichen Angelegenheiten auch von den gesetzlichen Krankenkassen oder den nach Landesrecht dafür zuständigen Stellen, z.B. den Versicherungsämtern der Kommunen, eingeholt werden können und die Medien zudem regelmäßig auf den Inhalt neuer Gesetze hinweisen.⁹

Besondere Bedeutung ist dem Verlängerungstatbestand des § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG bisher höchstrichterlich im Bereich der Gewaltopferentschädigung beigemessen worden, und zwar bei der Frage, wie sich die verspätete Antragstellung beim minderjährigen Beschädigten (minderjährigen Opfer) auswirkt. Grundsätzlich kann minderjährigen Beschädigten im Rahmen des § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG ein Verschulden bezüglich einer verspäteten Antragstellung nicht vorgeworfen werden; Minderjährige genießen in der Rechtsordnung einen besonderen Schutz. Für die Prüfung, ob ein Verlängerungstatbestand i.S.d. § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG vorliegt, ist deshalb bei Minderjährigen allein auf ein Verschulden des gesetzlichen Vertreters abzustellen. Im Bereich des OEG ist unter Berücksichtigung des Schutzzweckes die verspätete Antragstellung des gesetzlichen Vertreters dem vertretenen minderjährigen Beschädigten aber dann nicht zuzurechnen, wenn das pflichtwidrige Verhalten des Vertreters durch einen Widerstreit der Interessen zwischen dem Opfer und dem Täter motiviert worden ist. Diese Rechtsauffassung des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt in seiner Entscheidung vom 13. November 2003¹⁰ ist durch das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 28. April 2005 dahingehend bestätigt worden, dass dem minderjährigen Gewaltopfer das Verschulden seines gesetzlichen Vertreters, der aus tat- und täterbestimmten

eigenen Interessen keinen Antrag auf Beschädigtenrente stellt, nicht zuzurechnen ist.¹¹ Diese Rechtsauffassung hat das Bundessozialgericht schließlich in seiner Entscheidung vom 11. Dezember 2008 beibehalten und betont, dass es sich nicht nachteilig auf den Versorgungsanspruch des minderjährigen Gewaltopfers auswirken darf, dass sein gesetzlicher Vertreter den Widerspruch zwischen seinen Eigeninteressen (als Täter unentdeckt zu bleiben) und den Interessen des von ihm gesetzlich Vertretenen zu dessen Lasten löst.¹²

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass sich eine Rückwirkung des Leistungsantrages nach § 60 Abs. 1 Satz 3 BVG verbietet, wenn im Zeitpunkt der Schädigung eine den Versorgungsanspruch begründende Regelung noch nicht gegolten hat.¹³

Anschrift des Verfassers:
Paulinenstr. 13d
44799 Bochum

3 Rohr/Sträßer/Dahm, § 60 BVG Anm. 2.

4 LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.12.2008 – L 5 V 15/05 –.

5 BSG vom 15.08.2000 – B 9 VG 1/99 R – in SozR 3 – 3100 § 60 Nr. 3.

6 LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 10.05.2001 – L 3 VI 30/00 – in Breithaupt 2002, S. 133.

7 A.a.O. S. 134.

8 LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 10.05.2001 a.a.O., S. 134.

9 LSG Mecklenburg-Vorpommern vom 10.05.2001 a.a.O., S. 134.

10 Az.: L 7 (5) VG 22/02, in Breithaupt 2004, S. 674.

11 Az.: B 9 a/9 VG 1/04 R, in Breithaupt 2006, S. 42.

12 Az.: B 9/9a VG 1/07 R.

13 BSG vom 10.12.2003 – B 9 VJ 2/02 R – in Breithaupt 2004, S. 536, im Zusammenhang mit der Feststellung, dass das BVG vor dem 01.01.1991 im Beitrittsgebiet keine Anwendung fand.

Zum Zeitgeschehen

Nachrichten aus der Sozialversicherung

Zusammengestellt von Dr. jur. Dieter Leopold

Die Rentner müssen sich auf neue Nullrunden einstellen

Bundesarbeitsminister Olaf Scholz hat Rentner und Beitragszahler auf schwierige Zeiten eingestimmt. Demnach warten auf die rund 20 Millionen Rentnerinnen und Rentner Nullrunden oder nur sehr geringe Erhöhungen ihrer Rentenbezüge, während sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber auf konstant hohe Beiträge einstellen müssen. „Große Sprünge wird es kaum geben“, sagte der Minister wörtlich. Er wolle niemandem „Sand in die Augen streuen“. Eine schlechte Wirtschaftsentwicklung schlage sich auch bei den Renten nieder. Zu einer bereits angekündigten Senkung des Rentenversicherungsbeitrages in den nächsten Jahren erklärte der Minister: „Das wird schwierig.“ Noch im November 2008 hatte die Bundesregierung verkündet, dass der Rentenversicherungsbeitrag von derzeit 19,9 Prozentpunkten im Jahr 2012 auf 19,2 und ein Jahr später auf 19,1 Prozent gesenkt werde. Nun sagte Scholz, zumindest bis zum Jahr 2020 solle der Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht steigen.

Rentenversicherung für Selbstständige?

Die Regionalträger Nordbayern und Rheinland-Pfalz der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sowie die Universität Bayreuth und die Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften in Speyer haben die von ihnen initiierte 6. Sozialrechtstagung in Bayreuth zum Anlass genommen, das Thema Ausdehnung der gesetzlichen Rentenversicherung hin zu einer Erwerbstätigenversicherung zu beleuchten. Wissenschaftler und Vertreter der DRV waren sich bei der Veranstaltung einig, dass bei den vielen Formen der Selbstständigkeit Handlungsbedarf im Sinne einer Pflichtversicherung besteht. Der Präsident der DRV Bund, Dr. Herbert Rische, sieht in der nächsten Legislaturperiode des

Deutschen Bundestages (2009 – 2013) die Politik am Zug. Die vielfach geforderte Einbeziehung weiterer Personengruppen, wie etwa der Beamten, lehnte nicht nur Dr. Rische ab. Die Veranstaltung machte deutlich, dass bei einer Ausdehnung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung neben einer großen verfassungsrechtlichen Problematik eine detaillierte Ausgestaltung für großen Beratungsbedarf sorgen wird.

Finanzbericht aus Nürnberg für das erste Quartal 2009

Die weltweite wirtschaftliche Talfahrt mit Einbrüchen im Außenhandel, bei Aufträgen, Investitionen und Beschäftigungen hat den bundesdeutschen Arbeitsmarkt voll erfasst und wirkt sich inzwischen auch auf die Finanzlage der Arbeitslosenversicherung aus. In den ersten drei Monaten des Jahres 2009 waren über vier Milliarden Euro an Ausgaben, die die Bundesagentur für Arbeit (BA) für Arbeitslosengeld und die anderen Leistungen der Arbeitsförderung bestritt, nicht durch entsprechende Einnahmen gedeckt, sondern mussten aus der Rücklage der BA finanziert werden. Die nochmalige Herabsetzung des Beitragssatzes in der Arbeitslosenversicherung von 3,3 auf 2,8 Prozentpunkte lässt die Beitragseinnahmen 2009 bei ansonsten unveränderten Rahmenbedingungen um 3,9 Milliarden Euro niedriger ausfallen. Im ersten Quartal 2009 beliefen sich die Einnahmen der BA auf insgesamt 6,3 Milliarden Euro, 2,4 Milliarden Euro weniger als im ersten Quartal 2008. In den ersten drei Monaten des Jahres 2009 gab die BA insgesamt 10,4 Milliarden Euro aus. Damit lagen die Ausgaben deutlich höher als in allen Quartalen des vergangenen Jahres. Gegenüber dem Vorjahresquartal errechnet sich eine Steigerung von 700 Millionen Euro. Diese beruht in erster Linie auf der seit November 2008 sprunghaft angestiegenen Kurzar-

beit, mehr Unternehmensinsolvenzen und der tendenziell steigenden Arbeitslosigkeit. Die finanzielle Lücke war am Ende des ersten Quartals 2009 zwar um 900 Millionen Euro kleiner als mit dem Nachtragshaushalt eingeplant. Doch kann dies – so die BA – nicht als Anzeichen für eine Entspannung gewertet werden. Vielmehr müsse wegen des zuletzt starken Anstiegs der Ausgaben für Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld oder Arbeitslosengeld damit gerechnet werden, dass die großen Belastungen noch bevorstehen.

Sicherer Rentenanspruch in Europa

Wer als Arbeitnehmer längere Zeit im Ausland verbringt, muss sich keine Sorgen um seine spätere Rente machen. Die Verordnungen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) garantieren Rentenansprüche für Arbeitszeiten in Staaten der Europäischen Union (EU) sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz. Darauf hat die Deutsche Rentenversicherung auf ihrem Online-Portal (www.ihre-vorsorge.de) hingewiesen. Wer länger als ein Jahr in einem anderen Land arbeitet, unterliegt dem dortigen Sozialversicherungsrecht. Wer auch nach dem Arbeitsleben im Ausland bleiben und dort seine Rente beziehen möchte, kann sich unter dem Stichwort „Ihre Rente“ bis zum Land seiner Wahl durchklicken, wo er über alle wichtigen Ansprechpartner informiert wird.

CDU-Politiker fordern Mindestrente oberhalb der Grundsicherung

Eine Mindestrente oberhalb der gesetzlichen Grundsicherung haben mehrere Sozialpolitiker der CDU gefordert, so auch die Seniorenunion der Partei und die Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft. Deren Vorsitzender und nordrhein-westfälische Sozialminister Karl-Josef Laumann sagte: „Wer ein Leben lang gearbeitet hat, muss im Alter mehr haben als Menschen, die das nicht getan haben.“ Entsprechend müsse deren Altersruhegeld über der Grundsicherung liegen. Nach Berechnungen seines Ministeriums gab es im Jahr 2006 bundesweit knapp 800.000 Menschen, die davon betroffen sind. Da aber immer

mehr Arbeitnehmer im Niedriglohnsektor beschäftigt seien, werde das Problem in den nächsten Jahren noch deutlich zunehmen. Nach Ansicht von Laumann muss auch das Schonvermögen erhöht werden, das Arbeitslose behalten dürfen, wenn sie staatliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Die Bundesregierung will eine Rentenkürzung ausschließen

Die rund 20 Millionen Rentnerinnen und Rentner in Deutschland müssen die Garantie auf stabile Rentenbezüge selbst finanzieren. Nach einem entsprechenden Gesetzentwurf will die Bundesregierung eine Kürzung der Renten ausschließen. Wenn die Bundesregierung die Rentengarantie anwendet, tritt für die Folgejahre ein Ausgleichsmechanismus in Kraft. Er lässt die Renten weniger stark ansteigen. Maximal könnte sich dadurch ein mögliches Rentenplus um die Hälfte verringern. Dadurch und durch die Zunahme der Arbeitslosigkeit müssen die Ruheständler in den kommenden Jahren mit Nullrunden rechnen. Mit dem geplanten Gesetz setzt die große Koalition einen für die Berechnung der Renten zentralen Ansatz teilweise außer Kraft, nämlich die Kopplung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung. Gewöhnlich steigen die Renten mit den durchschnittlichen Bruttoeinkommen des Vorjahres. Um die gesetzliche Altersvorsorge in einer älter werdenden Gesellschaft bezahlbar zu machen, gibt es in der Rentenformel mehrere Faktoren, die diesen Anstieg mindern. Der bekannteste davon ist der „Riester“-Faktor. Er mindert den Anstieg der Renten in dem Maß, in dem die Arbeitnehmer zusätzlich in eine private Altersvorsorge investieren.

Die Rentenkassen sind noch gut gefüllt

Die Wirtschaftskrise hat die gesetzliche Rentenversicherung bisher nicht erreicht. Nach Angaben des Präsidenten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, Dr. Herbert Rische, erzielten die 16 Rentenversicherungsträger in Deutschland Ende April 2009 1,8 Prozent mehr Beitragseinnahmen als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Die

Beitragseinnahmen lagen in den ersten vier Monaten nur im Februar 2009 unter dem Vorjahresniveau. Weil die Ausgaben wegen des demografisch bedingten Anstiegs der Zahl der Rentnerinnen und Rentner durchwegs über dem Vorjahresniveau lagen, sanken die Rücklagen seit Dezember 2008 von rund 16 auf 14,5 Milliarden Euro oder 0,67 Monatsausgaben. „Dies ist ein Polster, auf das man im Laufe dieses Jahres setzen kann“, sagte Dr. Rische in einem Zeitungsinterview.

Ehemaliger Berliner Finanzsenator für Absenkung der Renten

Die Renten in Deutschland müssen nach Überzeugung des neuen Bundesbankvorstands Thilo Sarrazin deutlich sinken. Gegenwärtig komme auf einen Arbeitnehmer, statistisch gesehen, ein halber Rentner. In 25 bis 35 Jahren liege das Verhältnis bei eins zu eins, sagte der ehemalige Berliner Finanzsenator, der für provokante Äußerungen bekannt ist. „Wir können die Erwerbstätigen nicht ohne Ende belasten.“ Deshalb müssten die Renten langfristig „auf das Niveau einer Grundsicherung sinken“, betonte der SPD-Politiker. Er bezeichnete die zum 1. Juli 2009 erfolgte Rentenerhöhung als „völlig unsinnige Maßnahme“; die Altersbezüge seien „übermäßig“ erhöht worden. Die Bundesbank hat sich inzwischen von dem Vorstoß ihres neuen Vorstandsmitglieds distanziert.

Demografischer Umbruch mit alternder Gesellschaft

„Der demografische Umbruch steht bevor, die Gesellschaft ist hierauf aber noch nicht vorbereitet.“ Dies sagte der Gesundheitssystem-Forscher Prof. Dr. Fritz Beske bei der Vorstellung der Studie „Alter und Gesellschaft“. Sein Institut hatte Antworten von mehr als 1.700 Versicherten der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) über 65 Jahre mit über 22.000 Einzelbemerkungen zu Schwierigkeiten im Alltag ausgewertet „Besonders problematisch wird es, wenn Packungsbeilagen von Arzneimitteln nichtlesbar sind. Dies kann dann auch gesundheitliche Folgen haben“, erklärte Prof. Beske. Rund 13 Prozent bezogen sich aktiv auf zu kleine Schriften,

zu viele Fremdwörter und die Informationsfülle. Viele Menschen fühlten sich verunsichert und würden die Packungsbeilage deshalb gar nicht lesen. Da aus haftungsrechtlichen Gründen der Umfang nicht begrenzt werden könne, schlug der Wissenschaftler eine zusätzliche Orientierung für ältere Patienten vor: „Jede Packungsbeilage sollte mit dem Hinweis beginnen, dass es im Interesse des Patienten liegt, die Packungsbeilage sorgfältig zu lesen und zu beachten. Dann sollten in größerer Schrift und fett gedruckt die wichtigsten Informationen vorangestellt werden, beispielsweise, wofür das Arzneimittel angewendet wird, wie es eingenommen werden muss und wann ein Arzt aufzusuchen ist.“

Der Versorgungsausgleich wurde neu geregelt

Der Gesetzgeber hat mit Gesetz vom 3. April 2009 (BGBl. I S. 700) die Regelungen zur Durchführung des Versorgungsausgleichs für ab dem 1. September 2009 anhängige Verfahren wesentlich geändert. Das neue Gesetz sieht grundsätzlich die interne Teilung der in der Ehezeit erworbenen Anrechte vor. Beim neuen Hin-und-her-Ausgleich findet durch das Familiengericht keine Verrechnung der von den Ehegatten jeweils erworbenen Anrechte statt. Dabei ist das jeweilige Anrecht getrennt auszugleichen. Dadurch wird jeder Ehegatte bei seinen eigenen Anrechten belastet und durch die Gutschrift aus den Anrechten des jeweils anderen Ehegatten begünstigt. In Ausnahmefällen wird eine externe Teilung zugelassen. Bei einer Ehezeit von bis zu drei Jahren werden die in der Ehezeit erworbenen Anrechte grundsätzlich nicht ermittelt. In diesen Fällen wird der Versorgungsausgleich nur auf Antrag durchgeführt. Um den Versorgungsausgleich wirtschaftlich zu gestalten, soll er bei geringfügigen Anrechten oder bei einem geringen Wertunterschied gleichartiger Anrechte nur durchgeführt werden, wenn dies im Einzelfall geboten ist. Geringfügigkeit liegt vor, wenn der Ausgleichswert der Rente am Ende der Ehezeit bis zu 25,20 Euro beträgt. Bei Kapitalwerten sind derzeit 3.024 Euro maßgebend.

Rechtsprechung

Kurzberichte über Rechtsprechung in der (Kranken- und) Rentenversicherung

Zusammengestellt von Gustav Figge

Bei Rentenantrag nach Vollendung des 65. Lebensjahres keine höhere Rente

Die zwischen den Beteiligten strittige Rechtsfrage wirkt sich auf die Länge des belegungsfähigen Gesamtzeitraums aus. Die im Februar 1927 geborene Rentnerin bezieht aufgrund eines entsprechenden Antrags erst seit Januar 1995 eine Regelaltersrente. Wird die Inanspruchnahme der Altersrente über das 65. Lebensjahr hinausgeschoben, erhöht sich zwar der sog. Zugangsfaktor, sodass der Rentenbetrag eigentlich steigt; nach Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (DRV Rheinland) verlängert sich jedoch gleichzeitig der Gesamtbelegungszeitraum, weil dieser bei der Altersrente erst ende, wenn die tatsächliche Rentenzahlung beginne. Dies kann sich bei der Rentenberechnung nachteilig auswirken, wenn – wie im Fall der Rentnerin – nach dem 65. Lebensjahr keine Beitragszeiten mehr zurückgelegt werden.

Auf den Anfragebeschluss des erkennenden Senats vom 22.4.2008 hat inzwischen der 13. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) als Nachfolgesenat des 4. Senats mit Beschluss vom 21.8.2008 zu erkennen gegeben, dass er die Rechtsauffassung des erkennenden Senats teilt, wonach unter „Beginn der zu berechnenden Rente“ im Sinne der Vorschriften über das Ende des belegungsfähigen Gesamtzeitraums bei der Altersrente der tatsächliche Rentenbeginn und nicht – wie nach der Rechtsprechung des 4. Senats – der Zeitpunkt zu verstehen ist, zu dem die Anspruchsvoraussetzungen für die Rente dem Grunde nach erfüllt sind. Der 5. Senat wird nun zu entscheiden haben, ob der Rentnerin die Rente nach der ursprünglichen Berechnung der DRV Rheinland und nach aktuellen Werten

in Höhe von 146,03 Euro monatlich oder aufgrund eines verkürzten Gesamtbelegungszeitraums in Höhe von 146,19 Euro zusteht.

Die Revision der DRV Rheinland hatte nach dem Urteil des BSG vom 25.11.2008 – B 5 RJ 15/04 R – Erfolg. Die Rentnerin hat keinen Anspruch auf eine höhere Rente unter Berücksichtigung eines nur bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres reichenden Gesamtbelegungszeitraums. Nachdem der 13. Senat zugestimmt hatte, konnte der erkennende Senat die anderslautende Rechtsprechung des 4. Senats aufgeben.

Sporadische Heranziehung zu Zwangsarbeit ist keine Verfolgungersatzzeit

Der im Jahr 1924 geborene Rentner jüdischer Abstammung ist Verfolgter des Nationalsozialismus. Er bezieht von der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) seit 1.3.1997 Regelaltersrente unter Anrechnung von Beitragszeiten ab 1.1.1940, die sich an eine verfolgungsbedingte Ersatzzeit vom 5. bis 31.12.1939 anschließen. Im vorliegenden Verfahren machte er geltend, es lägen bei ihm Ersatzzeiten bereits ab September 1939 vor. Er hat vorgetragen, in dieser Zeit in seinem Heimatort Ciechanow (Zichenau), der nach seiner Besetzung im 2. Weltkrieg in das Deutsche Reich eingegliedert worden war, an einzelnen Tagen zu Zwangsarbeiten herangezogen worden zu sein. Insoweit hatte er weder im Antragsverfahren noch vor dem Sozialgericht Hamburg oder dem Landessozialgericht Hamburg (LSG) Erfolg. Eine Verfolgungersatzzeit komme im Falle des Rentners nur in Betracht, wenn insoweit eine Freiheitsentziehung (§ 43 Abs. 1 Satz 1 Bundesentschädigungsgesetz – BEG) oder ein Leben unter haftähnlichen Bedingungen bzw. eine Zwangsarbeit

unter haftähnlichen Bedingungen vorgelegen habe (§ 43 Abs. 3 BEG). Diese Voraussetzungen seien jedoch nicht erfüllt. Die Verrichtung von Zwangsarbeit allein reiche insoweit nicht aus.

Hiergegen richtete sich die vom Senat zugelassene Revision, mit der der Rentner eine Verletzung materiellen Rechts rügt. Er trug u.a. vor, er sei zwischen September und Anfang Dezember 1939 zu Zwangsarbeit unter haftähnlichen Bedingungen herangezogen worden; das ergebe sich bereits daraus, dass er zu diesen Zwangsarbeiten durch Aufgreifen auf der Straße bzw. Herausholen aus dem Bett herangezogen worden sei. Im Übrigen seien hierdurch auch die Voraussetzungen einer Verfolgungersatzzeit in Form der Freiheits Einschränkung erfüllt.

Das Bundessozialgericht (SG) hat mit Urteil vom 5.5.2009 – B 13 R 23/08 R – die Revision des Rentners zurückgewiesen. Auf der Grundlage der für das BSG bindenden Tatsachenfeststellungen des LSG waren die Voraussetzungen einer Verfolgungersatzzeit nach § 250 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI in Verbindung mit § 43, § 47 BEG nicht erfüllt. Die Notwendigkeit, aus verfassungsrechtlichen Gründen den Begriff Freiheitseinschränkung weiter zu definieren als in § 47 BEG und gleich gelagerte ähnliche Belastungen durch Verfolgungsmaßnahmen einzubeziehen, ergab sich jedenfalls bei dem Rentner nicht. Denn § 47 BEG setzt andauernde Beeinträchtigungen voraus, denen eine sporadische Heranziehung zu Zwangsarbeit nicht entspricht.

Bei einer Versorgungsehe kommt es auf die Motive zur Eheschließung an

Eine Witwe begehrte Witwenrente nach ihrem im Januar 2004 verstorbenen Ehemann, den sie im Mai 2003 (erneut nach einer Scheidung im Dezember 1973) geheiratet hatte.

Die erneute Heirat fand nach einer Krebsdiagnose beim Versicherten statt; die Witwe verfügte damals über eine eigene Rente in Höhe von ca. 290 Euro/Monat, ihr Ehemann über eine Rente von ca. 1.850 Euro/Monat netto. Den Witwenrentenantrag der Witwe lehnte die Deutsche Rentenversiche-

rung Rheinland (DRV Rheinland) ab, weil eine Versorgungsehe im Sinne des § 46 Abs. 2a SGB VI vorgelegen habe. Dagegen hat das Sozialgericht die DRV Rheinland verurteilt, der Witwe Witwenrente nach ihrem verstorbenen Ehemann ab dem 1.2.2004 zu gewähren. Dem Anspruch stehe der rechtshindernde Einwand der so genannten Versorgungsehe nach § 46 Abs. 2a SGB VI nicht entgegen. Denn aus den besonderen Umständen des Falles ergebe sich, dass es insgesamt nicht der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat gewesen sei, der Witwe eine Versorgung zu verschaffen. Zum einen sei das Vorstellungsbild der Eheleute zum Zeitpunkt der Heirat nicht vornehmlich von der Erkrankung des Versicherten geprägt gewesen; auch habe von seiner Seite eine andere Motivation als die finanzielle Versorgung der Witwe zum Eheschluss im Vordergrund gestanden. Der Versicherte habe sich nicht vorstellen können, mit seiner ehemaligen Ehefrau zusammenzuleben, deren Fürsorge und Betreuung er sich habe sichern wollen, ohne mit dieser (erneut) verheiratet zu sein. Auf die Berufung der DRV Rheinland hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) jedoch die Klage abgewiesen. Die Witwe habe keine besonderen äußeren Umstände dartzunehmen können, die die gesetzliche Vermutung einer Versorgungsehe hätten widerlegen können. Die Prüfung habe sich insoweit auf nach außen tretende Tatsachen zu beschränken und diese zu bewerten. Es könne nicht Aufgabe der Leistungsträger und der Gerichte sein, in die Intimsphäre eingreifende Erwägungen anzustellen. Nach objektiven Umständen aber sei die gesetzliche Vermutung des Vorliegens einer Versorgungsehe nicht widerlegt.

Hiergegen richtete sich die vom Senat zugelassene Revision der Witwe. Sie trug vor, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu den Vorläufervorschriften des § 46 Abs. 2a SGB VI sei bei der Prüfung der Versorgungsabsicht auch auf subjektive Vorstellungen abzustellen, die klar von objektiven Umständen zu trennen seien. Sie habe einen gemeinsamen Hausstand

mit ihrem Ehemann gegründet, um dessen Betreuung und Pflege zu gewährleisten; es sei sein größter Wunsch gewesen, sie wieder zu heiraten, weil er sie geliebt habe. Nach seinen eigenen moralischen Ansprüchen habe er sich nicht vorstellen können, mit ihr ohne Trauschein unter einem Dach zu leben.

Das BSG hat mit Urteil vom 5.5.2009 – B 13 R 55/08 R – den Rechtsstreit an das LSG zurückverwiesen. Die zum 1.1.2002 in Kraft getretene Regelung des § 46 Abs. 2a SGB VI zur sog. Versorgungsehe ist verfassungsmäßig. Zu ihrer Auslegung kann die einschlägige Rechtsprechung des BSG zu Parallelregelungen in anderen Rechtsgebieten herangezogen werden. Nach dieser allerdings kommt es – anders als vom LSG entschieden – auf alle zur Eheschließung führenden Motive der Ehegatten an, also auch solche (höchst-) persönlicher, subjektiver Art. Entsprechende Feststellungen wird das LSG nachzuholen haben.

Fahrkosten zum in Blockform durchgeführten Berufsschulunterricht sind bei der Berufsausbildungsbeihilfe zu berücksichtigen

Ein Auszubildender begehrte höhere Berufsausbildungsbeihilfe (BAB). Strittig war insbesondere, ob bei der Bemessung des Fahrkostenbedarfs der in Blockform durchgeführte Berufsschulunterricht vom 4.4. bis 12.5.2005 berücksichtigt werden kann.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) bewilligte dem 1978 geborenen Auszubildenden, der eine Berufsausbildung zum Versicherungskaufmann aufgenommen hatte, BAB für die Zeit ab 1.10.2004 bis 31.1.2006 in Höhe von monatlich 488 Euro (einschließlich eines Fahrkostenbedarfs für Pendelfahrten zur Ausbildungsstätte in Höhe von monatlich 381,83 Euro). Mit weiterem Bescheid änderte sie diese Leistungsbewilligung dahingehend ab, dass wegen der Verringerung des monatlichen Bedarfs an Fahrkosten zur Ausbildungsstätte (295,53 Euro) ein Anspruch auf BAB nur in Höhe eines Monatsbetrags von 473 Euro gegeben sei. In diesem Bescheid wies die BA außerdem darauf hin, dass für die Zeit des Unterrichts

an der Berufsschule in K. in Blockform BAB unverändert weiter erbracht werde.

Der Widerspruch des Auszubildenden blieb erfolglos. Im Laufe des Klageverfahrens vor dem Sozialgericht Schleswig setzte die BA die BAB mit Wirkung vom 1.3.2005 bis 31.1.2006 auf monatlich 239 Euro herab und berücksichtigte hierbei eine Verringerung der Fahrkosten infolge des Umzugs des Auszubildenden nach H. und der damit verbundenen geringeren Entfernung zur Ausbildungsstätte. Die BA wies dabei abermals darauf hin, dass keine Neuberechnung der Fahrkosten für die Zeiten des Blockschulunterrichts an der Berufsschule in K. stattfinde.

Die gegen diese Verwaltungsentscheidungen gerichteten Klagen hat das Sozialgericht zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und die Klagen abgewiesen. Vor dem Schleswig-Holsteinischem Landessozialgericht (LSG) hatte der Auszubildende mit seinem Klagebegehren Erfolg.

Das LSG hat u.a. ausgeführt: Entgegen der Auffassung der BA und des Sozialgerichts habe der Auszubildende Anspruch auf Berücksichtigung des geltend gemachten Bedarfs für die Fahrkosten zur Berufsschule. Die Regelung des § 73 Abs. 1a SGB III, wonach für die Zeit des Berufsschulunterrichts in Blockform BAB unverändert weiter erbracht werde, berühre den vom Auszubildenden geltend gemachten Anspruch auf Berücksichtigung des Bedarfs für die Fahrkosten der Pendelfahrten zur Berufsschule nach K. für die Zeit des Blockunterrichts (4.4. bis 12.5.2005) nicht. Denn die Regelung des § 73 Abs. 1a SGB III sei unter Berücksichtigung ihres Wortlautes und der Gesetzesbegründung ausschließlich dahingehend auszulegen, dass sie die für jeden Block des Berufsschulunterrichts einzeln vorzunehmende Neuberechnung des Bedarfs für den Lebensunterhalt in Abhängigkeit von der Art der Unterbringung aus Vereinfachungsgründen entfallen lasse. Da der BA bereits bei der Beantragung und der Bewilligung von BAB für den in Betracht kommenden Bewilligungsabschnitt die Durchführung des für die Ausbildung zum Versicherungskaufmann notwendigen

Berufsschulunterrichts in Blockform bekannt gewesen sei und sie auch von Anfang an Kenntnis von dem streitigen Unterrichtsblock gehabt habe, sei es ihr zur Vermeidung von Nachberechnungen möglich gewesen, dies auch bereits von vornherein zu berücksichtigen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die BA eine Verletzung materiellen Rechts.

Die Revision der BA führte nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.5.2009 – B 11 AL 37/07 R – zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur Zurückverweisung.

Nicht durchdringen kann die BA allerdings mit ihren Einwendungen gegen die Auffassung des LSG, wonach bei der Berechnung der dem Auszubildenden zustehenden BAB der Bedarf für Fahrkosten zum Berufsschulunterricht in Blockform in der Zeit vom 4.4. bis 12.5.2005 zu berücksichtigen ist. Die Regelung in § 73 Abs. 1a SGB III zur unveränderten Weitererbringung von BAB für die Zeit des Berufsschulunterrichts in Blockform dient der Verwaltungsvereinfachung; auf sie kann sich die BA unter den Umständen des vorliegenden Falles, in dem unabhängig von der Frage der Berücksichtigung der Fahrten zur Berufsschule ohnehin mehrere Änderungsbescheide ergangen sind, nicht berufen. Der BA war es vielmehr möglich, schon bei Erlass ihrer Bescheide die Tatsache der Durchführung des Unterrichts in Blockform von vornherein zu berücksichtigen.

Da das Begehren des Auszubildenden auf Gewährung höherer BAB nach der Rechtsprechung des Senats unter jedem in Betracht kommenden Gesichtspunkt zu prüfen ist und insoweit entscheidungserhebliche tatsächliche Feststellungen u.a. zur Festsetzung sonstiger Bedarfe fehlen, musste der Rechtsstreit an die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

Kein Insolvenzgeld für Schadensersatzanspruch wegen nicht gewährten Ersatzurlaubs

Ein Arbeitsloser begehrte Insolvenzgeld (Insg) für einen Schadensersatzanspruch wegen nicht gewährten Ersatzurlaubs.

Das Arbeitsverhältnis des Arbeitslosen endete durch seine Kündigung mit Wirkung zum 30.4.2006. Nach seinen Angaben konnte ihm der Jahresurlaub 2005 von insgesamt 28 Tagen aus dringenden betrieblichen Gründen weder innerhalb des Übertragungszeitraums bis zum 31.3.2006 noch bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses gewährt werden. Durch Versäumnisurteil vom 20.7.2006 verurteilte das Arbeitsgericht die Arbeitgeberin zur Zahlung von Urlaubsabgeltung in Höhe von 674 Euro brutto sowie zu Schadensersatz in Höhe von 4.718 Euro brutto nebst Zinsen an den Arbeitslosen. Die Vollstreckung aus dem Urteil blieb erfolglos.

Durch Beschluss vom 30.10.2006 wurde über das Vermögen der Arbeitgeberin das Insolvenzverfahren eröffnet. Den Antrag des Arbeitslosen auf Gewährung von Insg für einen Schadensersatzanspruch wegen entgangenen Ersatzurlaubs lehnte die Bundesagentur für Arbeit (BA) ab. Widerspruch und Klage blieben erfolglos.

Auch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) hat die Berufung des Arbeitslosen zurückgewiesen. Es hat ausgeführt, der geltend gemachte Schadensersatzanspruch gehöre zwar zu den Ansprüchen auf Arbeitsentgelt im Sinne des § 183 SGB III. Unabhängig von der Frage seiner Zuordnung zum Insg-Zeitraum sei der Anspruch jedoch nach Maßgabe des § 184 Abs. 1 Nr. 1 SGB III nicht Insg-fähig, weil er wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses entstanden sei. Insoweit sei dieser Schadensersatzanspruch in seiner Struktur mit dem Anspruch auf Urlaubsabgeltung nach § 7 Abs. 4 BUrlG vergleichbar, der ebenfalls von der Regelung des § 184 Abs. 1 Nr. 1 SGB III erfasst werde.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügte der Arbeitslose eine Verletzung materiellen Rechts. Entgegen der Rechtsauffassung des LSG sei sein Anspruch nicht erst wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses entstanden, sondern mit dem Verstreichen des Übertragungszeitraums zum 31.3.2006 habe er alle anspruchsbegründenden Umstände für einen Schadensersatzan-

spruch auf Gewährung von Ersatzurlaub bereits erfüllt. Insoweit bestehe eine andere rechtliche Situation als bei dem Anspruch auf Urlaubsabgeltung nach § 7 Abs. 4 BUrlG.

Die Revision des Arbeitslosen war nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 6.5.2009 – B 11 AL 12/08 R – erfolglos. Die Vorinstanzen haben zu Recht entschieden, dass der Arbeitslose keinen Anspruch auf Insg für einen Schadensersatzanspruch wegen nicht gewährten Ersatzurlaubs hat.

Der in Geld abzugeltende Schadensersatzanspruch wegen entgangenen Ersatzurlaubs ist ein Anspruch, den der Arbeitnehmer – vergleichbar einem Urlaubsabgeltungsanspruch im Sinne des § 7 Abs. 4 BUrlG – wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses hat und der aus diesem Grund nach § 184 Abs. 1 Nr. 1 SGB III nicht Insg-fähig ist. Entgegen der Revision ist es deshalb ohne Bedeutung, ob der Schadensersatzanspruch als Naturalrestitutionsanspruch nach § 249 BGB bereits mit Ablauf der Übertragungsfrist am 31.3.2006 entstanden ist und sich erst mit Ablauf der Übertragungsfrist in einen auf Geld gerichteten Kompensationsanspruch nach § 251 BGB umgewandelt hat.

Krankenkassenvorstand haftet für Bilanzmanipulation

M. war alleiniger hauptamtlicher Vorstand der Betriebskrankenkasse L. (BKK L.), die sich – nach mehreren im Vorfeld geführten Verhandlungen und Beratungen – zum 1.1.1998 mit anderen Betriebskrankenkassen zu einer neuen Betriebskrankenkasse vereinigte. Die NOVITAS Betriebskrankenkasse (NOVITAS BKK) ist inzwischen Rechtsnachfolgerin der BKK L. Anfang 1997 stellte die NOVITAS BKK fest, dass die vorläufige Jahresrechnung der BKK L. für 1996 ein sehr hohes Defizit auswies. Die BKK L. bewirkte deshalb u.a., dass automatisch generierte Buchungen einer Vielzahl von Rechnungen des Jahres 1996 über die EDV in das Jahr 1997 verschoben wurden. Die alsdann erstellte Jahresrechnung der BKK L. für 1996 wies ein Passivvermögen von ca. 9,7 Mio. DM und einen Verlust von

ca. 2,7 Mio. DM aus; die Passiva hätten bei ordnungsgemäßer Verbuchung ca. 5,8 Mio. DM höher ausfallen müssen. Anlässlich der Verhandlungen über die geplante BKK-Fusion kamen die vorgenommenen Änderungen nicht zur Sprache. Die BKK-Vereinigung erfolgte schließlich zum 1.1.1998 und wurde vom Bundesversicherungsamt (BVA) genehmigt (Beitragsatz Ost 13,2 Prozent). Die fusionierte BKK übernahm die M. als Regionalleiterin (Anstellungsvertrag vom 18.1.1998). Ende März 1998 stellte sich die Unrichtigkeit der Bilanzierung für das Jahr 1996 heraus. M. gab dazu u.a. an, sie habe einer Schließung der BKK L. vorbeugen wollen, die wegen der schlechten Finanzlage gedroht habe. Die Aufdeckung des Handelns der M. führte zu ihrer fristlosen Kündigung sowie zu einer Sonderprüfung des BVA mit schließlich behördlich angeordneter Beitragssatzerhöhung (Beitragsatz Ost ab 1.4.1999: 13,9 Prozent; ab 1.1.2000: 14,2 Prozent).

Der von der neuen NOVITAS BKK gegen M. vor dem Arbeitsgericht anhängig gemachte Rechtsstreit auf Zahlung von Schadensersatz nebst Zinsen (500.000 DM = 265.645,94 Euro als Teil einer Gesamtforderung von ca. 15,6 Mio DM) ist zuständigkeitshalber bindend an das Sozialgericht Halle verwiesen worden. Das Sozialgericht hat M. antragsgemäß – gestützt auf § 826 BGB – verurteilt, weil sie die Fehlerhaftigkeit der Bilanz 1996 vorsätzlich sittenwidrig verschwiegen habe. Auf die Berufung der M. hin hat das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (LSG) sie unter Änderung des erstinstanzlichen Urteils nur zu einem Teil-Schadensersatz verurteilt: Zwar habe M. Aufklärungspflichten bei der Anbahnung des Vertrages vom 18.1.1998 verletzt, jedoch treffe die NOVITAS BKK ein mit 4/5 zu bewertendes Mitverschulden.

Mit ihrer Revision rügte die nun klagende NOVITAS BKK als Rechtsnachfolgerin die Verletzung schadensersatzrechtlicher Regelungen durch das LSG. Das Gericht habe unberücksichtigt gelassen, dass eine Fusion mit der BKK L. und eine Übernahme des Passivvermögens bei Offenlegung des

Zustandekommens der Bilanz 1996 durch M. gar nicht zustande gekommen wären. Das LSG habe dabei auch gegen seine Amtsermittlungspflicht verstoßen. Die NOVITAS BKK treffe kein Mitverschulden, weil es den betroffenen Betriebskrankenkassen schon datenschutzrechtlich gar nicht möglich gewesen sei, Informationen zu erlangen. Das LSG habe auch den Zinsanspruch nicht berücksichtigt.

M. beanstandete mit ihrer ebenfalls eingelegten Revision u.a. die Verletzung ihres rechtlichen Gehörs und der Amtsermittlungs- und Beweiswürdigungspflicht durch das LSG sowie von §§ 242 a.F., 249, 251, 254, 276, 280, 611 BGB. Sie (die M.) habe nicht schuldhaft gehandelt, da sie insbesondere aufgrund der vom zuständigen BKK-Landesverband bescheinigten Ordnungsmäßigkeit der Jahresrechnung 1996 auch von der Rechtmäßigkeit der Bilanz habe ausgehen dürfen. Das Mitverschulden der NOVITAS BKK sei sogar mit 100 Prozent zu bemessen. Die fusionierte BKK sei im Übrigen unabhängig von der finanziellen Lage der BKK L. ohnehin fest zur Vereinigung entschlossen gewesen.

Die Revision der klagenden NOVITAS BKK hatte nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 5.5.2009 – B 1 KR 9/08 R – Erfolg, die Revision der M. wurde zurückgewiesen. Die NOVITAS BKK verlangt zu Recht u.a. Ersatz des Schadens, der bereits der BKK L. durch die von der M. zu verantwortende Manipulation der BKK-Bilanz für das Jahr 1996 entstand. Die BKK L. konnte Schadensersatz aus positiver Vertragsverletzung des Anstellungsvertrages verlangen. Denn die M. verletzte mit ihren vorsätzlichen, fortgesetzt verfälschenden Eingriffen in die BKK-Bilanz im Jahr 1997 gegenüber ihrer Arbeitgeberin die Pflicht, zutreffend über die Vermögenssituation der BKK L. zu informieren. Dadurch unterblieben rechtlich gebotene Beitragssatzerhöhungen, und es entgingen der BKK L. Beitragseinnahmen, die sie später, nach der BKK-Fusion, nicht mehr realisieren konnte. Der Schadensersatzanspruch ist auf die NOVITAS BKK im Rahmen der Rechtsnachfolge

übergegangen. Die BKK L. traf keinerlei Mitverschulden.

Fahrt zur Kindergeldkasse steht nicht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung

Ein Arbeitsloser beehrte die Feststellung, er habe durch einen Verkehrsunfall einen Versicherungsfall, nämlich einen Arbeitsunfall, erlitten.

Er unterlag als Arbeitssuchender der Meldepflicht nach dem SGB III. Aufgrund einer Vermittlungsaufforderung seines Arbeitsamtes (AA) stellte er sich am 26.4.2001 bei der Gemeinnützigen Gesellschaft AQB vor, um einen Arbeitsvertrag über eine Beschäftigung als Gartenarbeiter zu schließen, die am 1.5.2001 beginnen sollte. Die schriftliche Fassung des Arbeitsvertrages wurde an diesem Tag nur vom Arbeitslosen unterschrieben. Die AQB forderte ihn am nächsten Tag telefonisch auf, eine Bescheinigung der Kindergeldkasse vorzulegen. Er holte diese beim AA ab und erlitt auf dem direkten Weg zur AQB einen Verkehrsunfall mit u.a. einem Schädel-Hirn-Trauma. Die beklagte Unfallkasse Sachsen-Anhalt (UK-SA) lehnte die Feststellung eines Arbeitsunfalls ab, weil der Weg nicht zur Befolgung der Aufforderung des AA zurückgelegt worden sei (§ 2 Abs. 1 Nr. 14 SGBVII), sondern nur der Vorbereitung der künftigen Tätigkeit bei der AQB gedient habe.

Das Sozialgericht Magdeburg hat die Klagen abgewiesen. Das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (LSG) hat gegenüber der beigeladenen Unfallkasse des Bundes (UK Bund) festgestellt, dass der Unfall ein Arbeitsunfall ist, weil die Vermittlungsaufforderung des AA noch nicht erschöpft gewesen sei.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügte die beigeladene UK Bund, der Arbeitslose habe mit der Fahrt lediglich einer Weisung seines künftigen Arbeitgebers nachkommen wollen, weil der Arbeitsvertrag schon mündlich abgeschlossen gewesen sei und das Entgelt festgelegt habe.

Die Revision der beigeladenen UK Bund hatte nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.5.2009 – B 2 U 8/08 R – Erfolg, weil der Ar-

beitslose seinen Verkehrsunfall nicht infolge einer bei ihr versicherten Tätigkeit, d.h. nicht in Erfüllung seiner Obliegenheiten als Meldepflichtiger (§ 125 Abs. 1 Nr. 2 SGBVII), erlitten hat. Auch dessen Klage gegen die beklagte Unfallkasse Sachsen-Anhalt blieb erfolglos, weil der Unfall sich nicht infolge einer bei ihr versicherten Beschäftigung ereignet hat.

Die Fahrt des Arbeitslosen von der „Kindergeldkasse“ im AA zu seinem künftigen Arbeitgeber AQB stand nicht im sachlichen Zusammenhang mit der früheren Aufforderung des AA, sich bei der AQB um eine Stelle zu bewerben. Denn der Weg wurde nicht zur Befolgung der Aufforderung des AA, sondern auf eine Aufforderung des künftigen Arbeitgebers zu privatwirtschaftlichen Zwecken zurückgelegt, um diesem die Kindergeldbescheinigung zu bringen. Mit ihm wurde keine nach § 2 Abs. 1 Nr. 14 SGBVII versicherte Tätigkeit einer meldepflichtigen Person verrichtet. Denn auch nach der Vorstellung des Arbeitslosen war der Arbeitsvertrag am Tag vorher bei der AQB in allen vertragswesentlichen Punkten bereits abgeschlossen worden. Es waren keine Fragen, die den Abschluss des Arbeitsvertrages betrafen, noch offen geblieben. Unklar war nur noch die rein rechnerisch zu bestimmende Höhe des Kindergeldes bzw. Kindergeldzuschusses.

Die Fahrt stand auch nicht – wie die Vorinstanzen zu Recht entschieden haben – im sachlichen Zusammenhang mit der künftigen Beschäftigung, weil das beabsichtigte Überbringen der Bescheinigung eine eigenwirtschaftliche Handlung war, die im Wesentlichen dem Interesse des Arbeitslosen an rascher Zahlung dienen sollte.

Keine Subvention mehr für Beiträge zur Unfallversicherung für Güter der Südzucker Aktiengesellschaft

Die klagende Südzucker Aktiengesellschaft (AG) hat die Festsetzung der Höhe der Beiträge durch die beklagte Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG) angefochten, die sie wegen ihrer landwirtschaftlichen Unternehmen für Geschäftsjahre ab 2001 an diese zahlen soll. Diese Beiträge sei-

en verfassungswidrig hoch, insbesondere aber sei es rechtswidrig, dass ihr ab 2001 keine Bundessubventionen zur Beitragsentlastung mehr beitragsmindernd angerechnet worden seien. Denn ihre landwirtschaftlichen Unternehmen seien keine Nebenunternehmen, sondern Bestandteile ihres (bei der beigelegenen Zucker Berufsgenossenschaft (Zucker-BG) versicherten) Hauptunternehmens oder (mit diesem ebenfalls dort versicherte) bloße Hilfsunternehmen.

Seit langer Zeit werden die bei den LBGs beitragspflichtigen Unternehmer durch Beitragszuschüsse aus Bundesmitteln subventioniert. Die steuerfinanzierten Mittel werden vom zuständigen Bundesministerium aufgrund des jeweiligen Haushaltsgesetzes und „Allgemeiner“ sowie „Besonderer Nebenbestimmungen“, also von Verwaltungsvorschriften, und im Übrigen des für die LBG geltenden Rechts jährlich dem Gesamtverband Landwirtschaftlicher Alterskassen in Kassel zur Weiterleitung (nur) an die LBG, nicht an andere Berufsgenossenschaften, gemäß den Richtlinien bewilligt. Die Beitragssenkung wird dann durch die jeweilige LBG bei der Beitragsfestsetzung gegenüber dem landwirtschaftlichen Unternehmer durchgeführt. Nach den Verwaltungsvorschriften haben ein Recht auf Beitragssenkung beitragspflichtige Unternehmer für ihre landwirtschaftlichen Unternehmen (§ 123 Abs. 1 SGBVII).

Seit 2001 sind von dieser Berechtigung aber landwirtschaftliche Nebenunternehmen mit einer Größe von mehr als fünf Hektar ausgeschlossen. Nach § 131 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 3 SGBVII liegt ein Nebenunternehmen vor, wenn ein Unternehmen verschiedenartige Bestandteile hat und ein Unternehmensteil überwiegend eigene Zwecke verfolgt. Grundsätzlich ist derjenige Unfallversicherungsträger für das gesamte Unternehmen zuständig, der für das Hauptunternehmen, das den Schwerpunkt des Unternehmens bildet, zuständig ist. Danach wäre die beigelegene Zucker-BG auch für die landwirtschaftlichen Unternehmen der AG zuständig. Jedoch ist für diese die beklagte LBG, nicht aber die beigelegene Zucker-BG zuständig, weil (nach § 131

Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGBVII) für landwirtschaftliche Nebenunternehmen mit einer Größe von mehr als fünf Hektar die LBG zuständig ist. Solche Nebenunternehmen sind seit 2001 von der Beitragssenkung ausgeschlossen.

Die AG betreibt ein Unternehmen der Zuckerindustrie und ist mit ihrem Hauptunternehmen bei der beigelegenen Zucker-BG versichert. Es umfasste im Jahr 2001 die Segmente Zucker und Spezialitäten. Dem Segment Zucker sind neben den Zuckeraktivitäten die Bereiche Landwirtschaft und Futtermittel zugeordnet. Zum Geschäftsbereich Landwirtschaft gehört seit 1.2.1991 das Gut F und zählte bis zum 16.12.2003 die Gutsverwaltung S.

Die LBG Berlin (Rechtsvorgängerin der LBG) setzte für das Geschäftsjahr 2001 Beiträge in Höhe von 78.147,57 Euro für das Gut S. und von 39.321,54 Euro für das Gut F. fest, ohne Bundesmittel anzurechnen.

Die AG erhob hiergegen Klage. Während des Klageverfahrens setzte die LBG Beiträge auch für die Geschäftsjahre 2002, 2003, 2004 und 2005 ohne Beitragssenkung fest. Das Sozialgericht Mannheim hat die Klagen mit Urteil vom 3.4.2006 abgewiesen. Im Berufungsverfahren hat die LBG für das Geschäftsjahr 2006 einen weiteren Beitrag ohne Beitragssenkung festgesetzt.

Mit Urteil vom 17.9.2007 hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) die Berufung zurückgewiesen. Streitbefangen seien allein die Beitragsforderungen für das Geschäftsjahr 2001. Bei der AG sowie den Gütern S. und F. handle es sich um ein Gesamtunternehmen, weil sämtliche Unternehmensbereiche der AG gehörten, unter deren einheitlichen Leitung ständen und in Bezug auf die Verwaltung zentral zusammengefasst seien. Dabei sei der Geschäftsbereich Zucker als Hauptunternehmen anzusehen, die Güter S. und F. seien Nebenunternehmen, die eigene wirtschaftliche Zwecke verfolgten, ohne das Hauptunternehmen existieren könnten und damit von der Bundesmittelberechtigung ausgeschlossen seien. Sie würden vor Ort von einem am Gewinn beteiligten Geschäftsführer verwaltet, führten eigene Bücher und

seien räumlich weit vom Sitz der AG entfernt. Die Anbindung an ein Vorstandsmitglied sei nach dem Konzernrecht zwingend. Unabhängig von dieser Gesamtbeurteilung wäre im Falle einer Qualifizierung als Hilfsunternehmen die beigeladene Zucker-BG für die Güter F und S zuständig, der allerdings der Bundesmittelzuschuss nicht zur Verfügung stehe.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügte die AG eine Verletzung des § 131 Abs. 3 Nr. 2 SGBVII, einen Verstoß gegen das Gebot effektiven Rechtsschutzes gemäß Artikel 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG) und gegen den Grundsatz der Prozessökonomie sowie eine Verletzung der Grenzen des Rechts auf freie Beweiswürdigung, des Anspruchs auf rechtliches Gehör und der Sachaufklärungspflicht.

Die Revision der klagenden AG wurde vom Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 12.5.2009 – B 2 U 32/07 R – zurückgewiesen. Das BSG hatte nur über die Festsetzungen der Beitragsforderungen der LBG für die beiden landwirtschaftlichen Güter für das Jahr 2001 zu entscheiden. Die Beitragsbescheide für die folgenden Jahre, die alle mit einer zutreffenden Rechtsbehelfsbelehrung versehen waren, der Widerspruch sei gegeben, waren nicht kraft Gesetzes Gegenstand der Festsetzungen für 2001 angreifenden Anfechtungsklagen geworden.

Die Anfechtungsklagen waren unbegründet, weil die Beitragsfestsetzungen rechtmäßig waren. Die AG selbst hat nicht bestritten, dass die LBG das unfallversicherungsrechtliche Beitragsrecht zutreffend angewandt hat. Entgegen ihrer Ansicht war auch ihr Recht auf richtliniengemäß gleiche Teilhabe an den Bundesmitteln zur Beitragssenkung nicht verletzt, weil ihre beiden landwirtschaftlichen Güter für ihr Gesamtunternehmen Nebenunternehmen mit mehr als fünf Hektar waren, die nur wegen der Spezialregelung des § 131 Abs. 3 Nr. 2 SGBVII bei der beklagten LBG versichert sind. Solche Nebenunternehmen hat der Subventionsgeber ab 2001 gerade von der Begünstigung ausgenommen.

Kein Unfallversicherungsschutz für Reparatur des Pkw eines Lkw-Fahrers

Ein Lkw-Fahrer beehrte die Feststellung, er habe den Versicherungsfall eines Arbeitsunfalls erlitten.

Er war als Lkw-Fahrer und Baumaschinenführer bei einem Bauunternehmen beschäftigt und benutzte für seinen ca. 6,5 km langen Arbeitsweg seinen privaten Pkw. Am Unfalltag bemerkte er kurz vor dem Betriebsgelände, dass der Pkw grundlos abbremste. Er erreichte das Betriebsgelände, leistete seine Arbeit und wollte nach deren Beendigung die Schadensursache feststellen und beheben. Dazu wollte er den Pkw, wie vom Arbeitgeber erlaubt, auf die betriebliche Hebebühne bringen. Diese ließ sich jedoch nicht hochfahren, da sich die Spindel des Motors verklemmt hatte. Mithilfe von zwei Kollegen drehte er die Spindel der Hebebühne frei. Kurz vor Beendigung der Arbeiten betätigte ein Arbeitskollege den Schalter der Hebebühne. Dadurch wurde die Spindel der Hebebühne in Drehbewegung versetzt und mit ihr ein noch nicht entfernter Werkzeugschlüssel. Dieser traf den Lkw-Fahrer am Kopf, wodurch dieser eine offene Impressionsfraktur und Kontusionsblutung sowie ein Schädel-Hirn-Trauma erlitt. Die beklagte Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG) lehnte es ab, dies als Versicherungsfall festzustellen.

Das Sozialgericht Stuttgart hat den Klagen stattgegeben. Auf die Berufung der BG hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) das Urteil aufgehoben und die Klagen abgewiesen. Bei der Instandsetzung des privaten Kfz habe es sich nicht um eine versicherte Tätigkeit gehandelt. Wenn auch die Reparatur der Hebebühne dem Betrieb objektiv nützlich gewesen sei, sei die Handlungstendenz des Lkw-Fahrers dabei doch darauf gerichtet gewesen, die (privatwirtschaftliche) Reparatur seines Pkw zu ermöglichen. Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügte der Lkw-Fahrer die Verletzung von § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGBVII. Zu dem Unfall sei es nur gekommen, weil er eine betriebliche Einrichtung instand gesetzt habe. Eine solche Verrichtung stehe un-

ter Versicherungsschutz. Die Revision des Lkw-Fahrers wurde vom Bundessozialgericht mit Urteil vom 12.5.2009 – B 2 U 12/08 R – zurückgewiesen. Das LSG hatte zutreffend entschieden, dass die BG zu Recht festgestellt hatte, dass der Lkw-Fahrer keinen Anspruch auf Feststellung eines Arbeitsunfalls als Versicherungsfall hat.

Er hat zur Zeit des Unfalls an der Hebebühne mit deren Reparatur keine unfallversicherte Tätigkeit verrichtet und war dabei auch nicht infolge seiner Beschäftigung als Lkw-Fahrer und Baumaschinenführer einer besonderen Betriebsgefahr ausgesetzt, die sich in dem Unfall realisiert hätte (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGBVII).

Die Reparatur erfolgte nicht in Ausübung seiner versicherten Beschäftigung, sondern nach deren Ende in der Freizeit. Ein „Wegeunfall“ scheidet aus, weil der Lkw-Fahrer den Heimweg noch nicht angetreten hatte. Zwar wollte er über den Zwischenschritt der Reparatur der Hebebühne die Reparatur seines privaten Pkw ermöglichen. Dadurch wird aber der Zwischenschritt nicht zur (nach der Rechtsprechung möglicherweise) versicherten Vorbereitung der Heimfahrt. Denn es fehlt bei diesem mehrgliedrigen Vorgehen schon am besonders engen zeitlichen, örtlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem späteren Zurücklegen des Heimwegs. Die Betriebsnützlichkeit einer Reparatur der Hebebühne macht diese noch nicht zur versicherten Tätigkeit. Liegt einer einem Betrieb dienlichen, aber nicht der Beschäftigung zuzurechnenden Verrichtung auch, wie hier, eine privatwirtschaftliche Motivation zugrunde, kommt es für die objektivierte Handlungstendenz darauf an, ob der Betroffene die betriebsdienliche Verrichtung auch ohne sein privatwirtschaftliches Interesse vorgenommen hätte.

Der Unfall war ferner nicht Folge einer besonderen vom Betrieb ausgehenden Gefahr, der der Lkw-Fahrer im Wesentlichen wegen seiner versicherten Beschäftigung ausgesetzt gewesen wäre. Von der Hebebühne ging keine spezifische Gefahr aus; ein Fehlgriff eines Kollegen setzte den Unfall in Gang.

Auch war der Lkw-Fahrer im Wesentlichen aus privatwirtschaftlichen Gründen, nicht wegen seiner versicherten Beschäftigung am Unfallort.

Weg in die Wohnung des Bruders steht nicht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung

Die klagende Audi Betriebskrankenkasse (BKK), bei der der an den Folgen eines Verkehrsunfalls verstorbene Ehemann der beigeladenen Witwe Krankenversichert war, begehrt von der beklagten Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd (BG) die Zahlung von 1.522,56 Euro, weil sie in dieser Höhe aufgrund des Unfalls Krankenbehandlungs- und Krankentransportkosten als unzuständiger Leistungsträger getragen habe. Denn der Versicherte (V), der bei der BG unfallversichert war, habe einen Arbeitsunfall als „Wegeunfall“ erlitten.

Der V. hatte seine Nachtschicht beendet und war anschließend in die gemeinsam mit der beigeladenen Ehefrau bewohnte Wohnung gefahren. Dort hatte er sich geduscht und gefrühstückt und war sodann nach weniger als einer Stunde weiter zur knapp 30 km entfernt liegenden Wohnung seines Bruders gefahren, um dort zu schlafen. In seiner eigenen Wohnung konnte er tagsüber nicht schlafen, weil er dort Bauarbeiten durchführen ließ. Auf dem Weg zum Bruder erlitt V. gegen 7.00 Uhr einen Verkehrsunfall, an dessen Folgen er kurze Zeit darauf starb.

Vor dem Sozialgericht München und dem Bayerischen Landessozialgericht (LSG) war die Zahlungsklage erfolgreich, weil der V. während der Zeit der Baumaßnahmen in seiner Wohnung aufgrund seiner Tätigkeit als Schichtarbeiter in der Wohnung seines Bruders habe schlafen müssen. Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügte die BG, der Unfallversicherungsschutz sei mit der Rückkehr des V. in seine Wohnung beendet gewesen; es habe sich bei den beiden Wohnungen auch nicht um zwei Teilbereiche einer einzigen Wohnung gehandelt.

Auf die Revision der beklagten BG wurden mit Urteil vom 12.5.2009 – B 2 U 11/08 R – die Entscheidungen der Vorinstanzen aufgehoben und

die Klage abgewiesen. Die BKK hatte gegen die BG keinen Anspruch auf Zahlung von 1.522,56 Euro nach § 105 SGB X, weil nicht diese, sondern sie selbst der zuständige Leistungsträger für die Krankenbehandlung des verunfallten und dann gestorbenen Ehemannes der beigeladenen Witwe war.

Dieser hatte keine in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherte Tätigkeit verrichtet, als es zu dem Verkehrsunfall kam, und deshalb dadurch keinen Versicherungsfall im Sinne des Unfallversicherungsrechts erlitten. Das Zurücklegen des Weges zur Wohnung des Bruders war nicht nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII („Wegeunfall“) versichert. Der mit seiner versicherten Tätigkeit zusammenhängende unmittelbare Weg von dem Ort der Tätigkeit war mit seiner Ankunft in der von ihm und seiner Ehefrau bewohnten Wohnung beendet. Der V. hätte zwar die Wohnung des Bruders als „Dritten Ort“ zum Endpunkt seines Heimwegs bestimmen können, dann aber nicht zuvor seine eigene Wohnung aufsuchen dürfen. Denn Endpunkt des Heimwegs kann nur entweder die Wohnung (oder Familienwohnung) oder der „Dritte Ort“ sein. Die eigene Wohnung kann auch nicht als „Zwischenort“ für eine Unterbrechung des Heimweges bestimmt werden. Wird sie erreicht, ist der versicherte Heimweg beendet. Der besondere Fall, dass eine Wohnung allein aus räumlichen Gründen auf zwei verschiedene Orte aufgeteilt ist, so dass für das Wohnen wesentliche menschliche Lebensvollzüge entweder nur in dem einen oder in dem anderen Teil stattfinden können, also zwei sich ergänzende Teilbereiche einer einzigen Wohnung vorliegen, war hier nicht gegeben. Denn die Ehwohnung des V. war nicht aufgeteilt, sondern für alle Wohnzwecke voll eingerichtet.

Die Überlegungen der Vorinstanzen, die Fahrt sei aus übergeordneten allgemeinen Gründen eine versicherte Tätigkeit gewesen, weil der V. wegen der berufsbedingten Nachtschicht tagsüber habe schlafen müssen und dies wegen des (nicht vom Arbeitgeber veranlassten) Baulärms in seiner Wohnung nicht habe tun können und deshalb woan-

dershin habe fahren müssen, werden vom Gesetz nicht getragen. Versicherte Tätigkeiten sind die im Gesetz beschriebenen Tätigkeiten. Insbesondere ist nicht alles, was dem Betroffenen als „betriebsdienlich“ erscheint, und nicht alles, was mittelbar auch der versicherten Tätigkeit dient, eine versicherte Tätigkeit.

Verfolgungsbedingter Aufenthalt außerhalb Deutschlands als Ersatzzeit anerkannt

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland (DRV Rheinland) wandte sich gegen ein Urteil, das sie zur Berücksichtigung einer zusätzlichen Ersatzzeit von Januar 1947 bis Dezember 1949 bei der Berechnung der Regelaltersrente des Klägers verpflichtet.

Der Rentner ist 1918 im Kreis Lemberg im damaligen Polen geboren und lebt inzwischen als israelischer Staatsangehöriger in Israel; er ist als Verfolgter anerkannt. Nach seiner Lehrzeit und einigen Berufsjahren in seinem (vorübergehend sowjetischen) Heimatort wurde er ab März 1941 im Ghetto Krakau und in verschiedenen Lagern im damaligen Generalgouvernement festgehalten. Im Anschluss an seine Befreiung im Januar 1945 begab er sich über Krakau und Sosnowicz zurück an seinen Heimatort bei der heutigen polnisch-ukrainischen Grenze. Im Dezember 1946 erreichte er über mehrere Zwischenstationen außerhalb Deutschlands Israel.

Im Jahr 2003 bewilligte die DRV Rheinland dem Rentner Regelaltersrente ab Juli 1997. Bei der Rentenberechnung berücksichtigte sie die Lehrzeit 1934/35 nach dem Fremdretenngesetz, die Ghetto-Beschäftigung von März 1941 bis März 1943 nach dem Gesetz zur Zahlbarmachung von Renten aus Beschäftigungen in einem Ghetto (ZRBG) und eine Ersatzzeit bis Ende 1946. Eine weitergehende Ersatzzeit wegen verfolgungsbedingten Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs der Reichsversicherungsgesetze (§ 250 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. b SGB VI) lehnte sie ab.

Das Sozialgericht Düsseldorf hat die Klage abgewiesen; das Landessozial-

gericht Nordrhein-Westfalen (LSG) hat ihr stattgegeben. Nach den von der bisherigen Rechtsprechung entwickelten Kriterien gebe es für das LSG keine begründeten Zweifel, dass der Rentner verfolgungsbedingt nach Israel ausgewandert sei. Bei seiner Befreiung aus der Lagerhaft, während deren er von seiner Familie getrennt gewesen sei, habe sich der Rentner fern von seiner Heimatstadt befunden, sodass die Suche nach Angehörigen – drei Brüder, eine Schwester und die Eltern – verständlicherweise längere Zeit in Anspruch genommen habe, bevor er sich zur Auswanderung entschlossen habe. Dem könne die Auswanderung aus einem Gebiet außerhalb des Geltungsbereichs der Reichsversicherungsgesetze (Polen) nicht entgegeng gehalten werden, weil der Bezug zur Deutschen Rentenversicherung durch die anerkannten Beitragszeiten nach dem ZRBG hergestellt sei.

Mit ihrer Revision möchte die DRV Rheinland die Wiederherstellung des die Klage abweisenden Urteils erster Instanz erreichen.

Die Revision der DRV Rheinland hatte nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.5.2009 – B 5 R 14/08 R – keinen Erfolg.

Das LSG hat zu Recht entschieden, dass bei der Rente des Rentners eine zusätzliche Ersatzzeit von Januar 1947 bis Dezember 1949 zu berücksichtigen ist, weil der Rentner während dieses Zeitraums seinen Aufenthalt im Ausland verfolgungsbedingt beibehalten hat. Entgegen der Auffassung der DRV Rheinland ist ein Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs der Reichsversicherungsgesetze im Sinne des § 250 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. b SGBVI nicht dadurch beendet, dass der Verfolgte an seinen Herkunftsort im Ausland zurückkehrt. Für den Rentner kann nichts anderes gelten als für Verfolgte, die ihren Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs der Reichsversicherungsgesetze an einen anderen Ort als ihren Herkunftsort verlegen. Ebenso wenig bietet das Gesetz eine Grundlage für eine Differenzierung zwischen Verfolgten aus Herkunftsgebieten, in denen auch nach dem 30.6.1945 noch die Möglichkeit bestand, Zeiten in der

deutschen Rentenversicherung zurückzulegen oder anerkannt zu bekommen, und Verfolgten aus Herkunftsgebieten, in denen dies nicht der Fall war. Vor seinem verfolgungsbedingten Auslandsaufenthalt wurde der Rentner in die deutsche Rentenversicherung dadurch einbezogen, dass das Gesetz zur Zahlbarmachung von Renten aus Beschäftigungen in einem Ghetto für seine Beschäftigung im Ghetto Krakau Beitragszeiten nach den Reichsversicherungsgesetzen fingiert. Insoweit führt das ZRBG zu einer Erweiterung des durch § 250 Abs. 1 Nr. 4 Buchst. b SGBVI begünstigten Personenkreises.

Klärung über Lage des Ghettos Kopaigorod erforderlich

Eine Verfolgte des Naziregimes (Verfolgte) begehrte eine Altersrente unter Berücksichtigung von Beitragszeiten während einer Beschäftigung im Ghetto Kopaigorod. Der 4. Senat und der 13. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hatten am 14.12.2006 über ähnliche Sachverhalte zu entscheiden.

Nach Ansicht der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (DRV Rheinland) sind die Voraussetzungen des Gesetzes zur Zahlbarmachung von Renten aus Beschäftigungen in einem Ghetto (ZRBG) ebenso wie in den früher entschiedenen Fällen bereits deshalb nicht erfüllt, weil sich Kopaigorod in einem Gebiet befunden habe, das im fraglichen Zeitraum von Januar 1941 bis Januar 1944 nicht vom Deutschen Reich, sondern von Rumänien besetzt gewesen sei. Die Vorinstanzen haben sich dieser Beurteilung angeschlossen. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG) hat ausgeführt, Kopaigorod habe zum Gebiet Transnistrien gehört, das durch rumänische Dekrete und deutsch-rumänische Vereinbarungen unter rumänische Verwaltung gestellt worden sei. Nach der einschlägigen historischen Literatur habe Rumänien die Verwaltung auch tatsächlich ausgeübt.

Die Verfolgte hat Revision eingelegt; sie rügte mangelnde Sachaufklärung und hielt an ihrer Meinung fest, Transnistrien sei ein vom Deutschen Reich besetztes Gebiet gewesen.

Auf die Revision der Verfolgten hat das BSG mit Urteil vom 19.5.2009 – B 5 R 26/06 R – die Entscheidung des LSG aufgehoben und die Sache an das LSG zurückverwiesen.

Die bisherigen Feststellungen reichen nicht aus, um zu entscheiden, ob der Verfolgten Altersrente unter Berücksichtigung von Beitragszeiten während einer Beschäftigung im Ghetto Kopaigorod zusteht. Es ist unklar, ob sich Kopaigorod in einem Gebiet befand, das vom Deutschen Reich besetzt war. Nach den vom LSG ausgewerteten Rechtsakten muss die Grenze zwischen dem vom Deutschen Reich besetzten Reichskommissariat Ukraine und dem von Rumänien beanspruchten Transnistrien in der Nähe von Kopaigorod verlaufen sein. Sollte Kopaigorod zu Transnistrien gehört haben, müsste für den streitbefangenen Zeitraum weiter geklärt werden, ob trotz der offiziellen rumänischen Verlautbarungen die völkerrechtlichen Merkmale einer Besetzung durch das Deutsche Reich oder durch beide Staaten gemeinsam erfüllt waren.

Deutsches Apothekenrecht vom Europäischen Gerichtshof bestätigt

Mit Bescheid vom 29.6.2006 erteilte das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes der DocMorris NV (DocMorris) mit Wirkung vom 1.7.2006 die Erlaubnis zum Betrieb einer Filialapotheke in Saarbrücken mit der Maßgabe, einen Apotheker für die persönliche Leitung der betreffenden Apotheke unter eigener Verantwortung einzustellen. Die Apothekerkammer des Saarlandes (Apothekerkammer) und der Deutsche Apothekerverband e.V. (Apothekerverband) vertraten die Auffassung, dass nur Apotheker Inhaber und Betreiber von Apotheken sein können. Die Apothekerkammer und der Apothekerverband haben beim Verwaltungsgericht des Saarlandes Klage gegen den Bescheid vom 29.6.2006 erhoben.

Unter diesen Umständen hat das Verwaltungsgericht des Saarlandes beschlossen, das Verfahren auszusetzen und dem Europäischen Gerichtshof die

Frage der Zulassung von DocMorris zur Vorabentscheidung vorzulegen:

Der Europäische Gerichtshof hat mit Urteil vom 19.5.2009 in den verbundenen Rechtssachen C-171/07 und C-172/07 entschieden, dass die Mitgliedstaaten der Europäischen Union souverän darüber entscheiden können, wie sie die Arzneimittelversorgung ihrer Bevölkerung organisieren. Die Apotheke im Eigentum des Apothekers sichert in Deutschland eine von Kapitalmarkttinteressen unabhängige Arzneimittelversorgung.

Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit, die ohne Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit anwendbar sind, können durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein, sofern sie geeignet sind, die Erreichung des mit ihnen verfolgten Ziels zu gewährleisten, und nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung dieses Ziels erforderlich ist.

In den Ausgangsverfahren ist erstens festzustellen, dass die fragliche nationale Regelung ohne Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit Anwendung findet.

Zweitens gehört der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zu den zwingenden Gründen des Allgemeininteresses, die Beschränkungen der vom Vertrag gewährleisteten Verkehrsfreiheiten wie der Niederlassungsfreiheit rechtfertigen können.

Im Einzelnen lassen sich Beschränkungen der genannten Verkehrsfreiheiten mit dem Ziel rechtfertigen, eine sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Drittens ist zu prüfen, ob die Regel des Ausschlusses von Nichtapothekern zur Erreichung eines derartigen Ziels geeignet ist. Hierbei muss der Mitgliedstaat, wenn eine Ungewissheit hinsichtlich des Vorliegens oder der Bedeutung der Gefahren für die menschliche Gesundheit bleibt, Schutzmaßnahmen treffen können, ohne warten zu müssen, bis der Beweis für das tatsächliche Bestehen dieser Gefahren vollständig erbracht ist. Außerdem kann der Mitgliedstaat diejenigen Maßnahmen treffen, die eine Gefahr für die Gesundheit

der Bevölkerung, wozu im Einzelnen eine Gefahr für die sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gehört, weitestmöglich verringern.

Da die Mitgliedstaaten befugt sind, über das Niveau des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung zu entscheiden, ist anzuerkennen, dass sie verlangen können, dass die Arzneimittel von Apothekern vertrieben werden, die über tatsächliche berufliche Unabhängigkeit verfügen. Sie können auch Maßnahmen treffen, die geeignet sind, eine Gefahr der Beeinträchtigung dieser Unabhängigkeit zu beseitigen oder zu verringern, da eine derartige Beeinträchtigung geeignet wäre, sich auf das Niveau der Sicherheit und der Qualität der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auszuwirken.

Es ist somit einem Mitgliedstaat insbesondere unbenommen, im Rahmen des genannten Wertungsspielraums zu beurteilen, ob eine derartige Gefahr bei Herstellern und Großhändlern pharmazeutischer Produkte deshalb vorliegt, weil sie die Unabhängigkeit der angestellten Apotheker dadurch beeinträchtigen könnten, dass sie diese zu einer Förderung derjenigen Arzneimittel anhalten, die sie selbst herstellen oder vertreiben. Ein Mitgliedstaat darf außerdem beurteilen, ob die Gefahr besteht, dass Betreiber, die keine Apotheker sind, die Unabhängigkeit der angestellten Apotheker dadurch beeinträchtigen, dass sie diese dazu anhalten, Arzneimittel zu verkaufen, deren Bevorratung nicht mehr einträglich ist, oder dass diese Betreiber Betriebskostenkürzungen vornehmen, die geeignet wären, die Modalitäten des Einzelhandelsvertriebs der Arzneimittel zu beeinträchtigen.

Nach alledem ist festzustellen, dass die in den Ausgangsverfahren fragliche Regelung geeignet ist, die Erreichung des Ziels zu gewährleisten, eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und somit den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen.

Weiterhin erweist sich die in den Ausgangsverfahren fragliche nationale Regelung als geeignet, die Erreichung des mit ihr verfolgten Ziels zu gewähr-

leisten, und geht nicht über dasjenige hinaus, was zur Erreichung dieses Ziels erforderlich ist. Die aus dieser Regelung folgenden Beschränkungen lassen sich daher durch dieses Ziel rechtfertigen.

Die Artikel 43 EG und 48 EG stehen einer nationalen Regelung wie der in den Ausgangsverfahren fraglichen nicht entgegen, die Personen, die keine Apotheker sind, den Besitz und den Betrieb von Apotheken verwehrt.

Besserer Schutz bei Arbeitslosigkeit für Künstler

Für Film- und andere Kulturschaffende soll künftig leichter Zugang zum Arbeitslosengeld ermöglicht werden. Das sieht eine Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag zur Verbesserung der sozialen Sicherung von kurz befristet Beschäftigten bei Arbeitslosigkeit vor, die das Bundeskabinett beschlossen hat. Mit der Neuregelung will die Bundesregierung die spezifische Lage insbesondere von Schauspielerinnen und Schauspielern verbessern. Sie reagiert auf veränderte Beschäftigungsformen und erkennt ein besonderes Schutzbedürfnis bestimmter Gruppen von Künstlern an. Die Arbeitslosenversicherung soll den aktuellen Entwicklungen angepasst und mit Augenmaß weiterentwickelt werden. Nach geltender Rechtslage setzt ein Anspruch auf Arbeitslosengeld eine Vorversicherungszeit von zwölf Monaten innerhalb einer zweijährigen Rahmenfrist voraus (Anwartschaft). Da Kulturschaffende typischerweise überwiegend für kurze Zeitabschnitte – z.B. für die Dauer eines Filmprojekts – befristet beschäftigt sind, ist es ihnen oft nicht möglich, in dieser Frist die geforderte Anwartschaftszeit aufzubauen. Diese Schwierigkeit betrifft jedoch nicht ausschließlich Beschäftigte in der Kulturbranche, sondern gleichermaßen alle Beschäftigten, deren Erwerbsbiografie regelmäßig wiederkehrend von zahlreichen Unterbrechungen gekennzeichnet ist.

Mit der Neuregelung sollen alle überwiegend kurz befristet Beschäftigten künftig innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Arbeitslosigkeit statt zwölf Monate nur noch sechs Monate Vorversicherungszeit nachweisen müssen.

Die Sonderregelung greift dabei nur zugunsten von Personen, die zuletzt ein Jahresarbeitsentgelt erzielt haben, das nicht über dem Durchschnitt aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer liegt (Bezugsgröße beträgt derzeit 30.240 Euro). So wird vermieden, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in ihren kurzen Beschäftigungsverhältnissen ein überdurchschnittlich hohes Jahreseinkommen erzielen, in ihren beschäftigungsfreien Zeiten zusätzlich Arbeitslosengeld erhalten. Überwiegend kurz befristet Beschäftigte im Sinne der Neuregelung sollen alle die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sein, de-

ren Beschäftigungsverhältnisse überwiegend auf nicht mehr als sechs Wochen befristet waren. Einzelne längere Beschäftigungszeiten schließen damit den Zugang zu der Sonderregelung nicht von vornherein aus. „Überwiegend“ heißt, dass mehr als die Hälfte der Beschäftigungstage während der Rahmenfrist kurz befristeten Beschäftigungsverhältnissen zugeordnet werden können. Erfüllen Beschäftigte die Voraussetzungen, so erhalten sie Arbeitslosengeld vom ersten Tag der Arbeitslosigkeit an; ein Ruhenszeitraum ist nicht vorgesehen. Die Dauer eines mit weniger als zwölf Versicherungsmonaten erwor-

benen Anspruchs auf Arbeitslosengeld richtet sich nach dem für alle Versicherten geltenden Verhältnis zwischen Versicherungszeit und Anspruchsdauer von 2 : 1. Nach sechs Monaten besteht ein Anspruch auf drei Monate Arbeitslosengeld, nach acht Monaten besteht ein Anspruch auf vier Monate Arbeitslosengeld, nach zehn Monaten besteht ein Anspruch auf fünf Monate Arbeitslosengeld. Die Regelungen werden zunächst auf drei Jahre befristet und in dieser Zeit evaluiert.

Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Für Sie gelesen

Taschenbuch Wirtschaftspresse 2009/2010

Talanx AG Versicherungsgruppe. Komplett überarbeitete Neuauflage, 798 Seiten Dünndruckpapier, DIN-A6-Taschenbuch-format mit flexiblem Einband, Preis 32,00 Euro. ISBN 978-3-936797-43-9, bearbeitet und erschienen im Kroll-Verlag, 82224 Seefeld/Obb.

Aktuelle Personen- und Adresskontakte sind gerade in Krisenzeiten der wichtigste Fundus für eine gute und zielgerichtete Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Seit 49 Jahren ist das neu aufgelegte Taschenbuch ein handliches Nachschlagewerk im Jackentaschenformat – ein zuverlässiger Kommunikationshelfer für Journalisten, Redaktionen und Pressestellen auch und gerade bei Sozialversicherungsträgern. Es vermittelt 16.962 Personenkontakte zu Wirtschaftsjournalisten, Fachzeitschriften, Wirtschafts- und Finanzmagazinen, zu Tages-, Wochen- und Publikumspresse mit Wirtschafts- und Service-Redakteuren, Infodiensten sowie zu den für Sozial-, Wirtschafts- und Verbraucherthemen zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Rundfunk und Fernsehen. In dem Taschenbuch finden sich darüber hinaus rund 2.700 Presse-Ansprechpartner von Industrie, Handel, Finanz- und Versicherungswesen sowie von Verbänden und Spitzen-

gremien der Wirtschaft. Wer beispielsweise eine gezielte Verwendung von Presseinformationen vornehmen will, kann mit diesem Taschenbuch aus dem Vollen schöpfen.

Alles in allem ein zuverlässiger Helfer mit fast 800 Seiten geballten Informationen für den täglichen Gebrauch bzw. eine Datenbank zum „Immer-dabei-haben“, natürlich auch mit Internet- und E-Mail-Adressen. Unschlagbar auch im Zeitalter von „Google & Co“.

Dr. Dieter Leopold

Das gesamte Patienten- und Pflegerecht

Textausgabe mit Online-Anbindung, 2. Auflage 2009, 920 Seiten, Paperback. Preis 19,95 Euro. ISBN 978-3-8029-7406-9. Walhalla Fachverlag, Haus an der Eisernen Brücke, 93042 Regensburg.

Nur wer sich auskennt, kann heute qualifiziert beraten und selbst rechtsicher handeln. Dies betrifft nicht nur die neue seit 1. Januar 2009 geltende Pflichtleistung der Pflegeberatung von Kranken, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, sondern gilt auch für den teilweise schwierigen Umgang mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Aber auch die jüngsten Maßnahmen des Gesetzgebers haben neue Rahmenbedingungen für Gesundheitsversorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen geschaffen.

Die aktualisierte Textausgabe aus dem Walhalla Fachverlag – von der

Fachredaktion bearbeitet – enthält alle relevanten Gesetze und Verordnungen und bietet in einem handlichen Band mit 920 Seiten, das, was sonst mühsam aus unterschiedlichsten Werken zusammengesucht werden müsste.

Neben den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) und des Sozialgesetzbuches XI (Soziale Pflegeversicherung) beinhaltet der Band auch grundlegende berufsrechtliche und medizinrechtliche Vorschriften. Die Sammlung enthält darüber hinaus die in der Praxis besonders wichtigen Durchführungsverordnungen, Empfehlungen zu Patientenverfügungen, ebenso alle wichtigen Regelungen zum Heimrecht einschließlich der vom Bundesrecht abweichenden Gesetzgebung in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Auch spiegelt die Sammlung anhand der aktuellen Materialien und Empfehlungen den derzeitigen Diskussionsstand zu Patientenaufklärung und -verfügung sowie Vorsorgevollmacht wider. Mit dem kompakten und übersichtlich gegliederten Band hat der Benutzer alle Rechtsgrundlagen und Verordnungen immer griffbereit zur Hand.

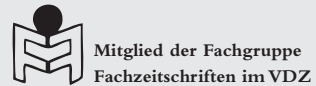
Ein besonderes Plus: Alle Buchinhalte sind auch online zugänglich. Nutzer der Taschenausgabe können sich kostenfrei unter www.walhalla.de registrieren und verfügen damit für sechs Monate zusätzlich über eine Online-Version auf aktuellem Stand.

Die neueste Textausgabe zum Patienten- und Pflegerecht bietet Mitarbeitern bei Sozialversicherungsträgern und Pflegediensten, selbstständigen Pflegeberatern, Leitern von Alten- und Pflegeheimen, Verantwortlichen im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), aber auch ehrenamtlich pfle-

genden Personen sowie Mitarbeitern in Verbraucherzentralen, Beratungsstellen und Wohlfahrtsverbänden einen umfassenden und aktuellen Überblick über die teilweise komplizierte Gesetzes- und Verordnungslage und kann zur Anschaffung sehr empfohlen werden.

Dr. Dieter Leopold

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



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.

Beilagenhinweis:
 Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegt eine Produktinformation des Verlages C.H. Beck bei.

Fachtagung

**Bundesverband der Rentenberater e.V.
 Arbeitsgemeinschaft der Rentenberater in Bayern**

Unsere ganztägige Veranstaltung beginnt um 9.15 Uhr. Auf der Internetseite des Bundesverbandes der Rentenberater e.V. [www.rentenberater.de unter ‚Termine‘] finden Sie das Anmeldeformular und zusätzliche Informationen. Tagungsgebühr 200 Euro, für Mitglieder jedoch nur 98 Euro.

Samstag, 1. August 2009 in München

im Hotel Courtyard by Marriott – 200 m vom Hauptbahnhof

- **Versorgungsausgleich mit Beispielen aus der Praxis**
 W. Hauptmann, Rentenberater
- **Sozialgerichtliche Streitfälle rund um Erwerbsminderung; Korrekturvorschriften des SGB X**
 A. Knipping, Richter am Sozialgericht München

Schweizerisches Rentenversicherungsrecht

In Basel findet im Oktober / November 2009 ein Praktiker-Seminar statt zum innerstaatlichen schweizerischen Altersversorgungssystem mit den drei Säulen, zu den deutsch-schweizerischen Abkommens-Besonderheiten, versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, krankenversicherungsrechtlichen Gegebenheiten für Bezieher von deutschen und schweizerischen Renten, Gestaltungswahlrechten usw. Sobald das vollständige Programm vorliegt, wird es hier veröffentlicht. Teilnahmemöglichkeit nur für Mitglieder des Bundesverbandes der Rentenberater.

Sie dürfen diese Termine schon vormerken:

Rentenberatertage 2009 mit Jahrestagung in Münster	17.-19.09.2009
Sachkundelehrgang „Rentenberatung“	ab 6. Okt. 2009
Fachtagung in Leipzig	17.10.2009
Traditionelle Weihnachtstagung in Düsseldorf	27.-28.11.2009

Der Bundesverband der Rentenberater e.V. begrüßt seine neuen Mitglieder:

Rentenberater David Burkhardt, Kreuzgraben 1 B, 99974 Mühlhausen
 Rentenberaterin Jeannette Kiefer, Fontanestr. 38, 15569 Woltersdorf