

Übersicht  
über das

# Sozialrecht

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

53107 Bonn

BW Bildung und Wissen  
Verlag und Software GmbH  
Südwestpark 82  
90449 Nürnberg

### Bibliographische Informationen der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 3. Auflage 2006 (Rechtsstand 01.01.2006)

BW Bildung und Wissen

Verlag und Software GmbH

Südwestpark 82

90449 Nürnberg

Tel. 0911/9676-175

Fax 0911/9676-189

E-Mail: [serviceteam@bwverlag.de](mailto:serviceteam@bwverlag.de)

<http://www.bwverlag.de>

Umschlaggestaltung: Karin Lang, Nürnberg

Layout und Satz: Hans-Jörg Jolli, Nürnberg

Druck: Clausen & Bosse, Leck

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Für Vollständigkeit, Fehler redaktioneller oder technischer Art, Auslassungen usw. kann – auch wegen der schnellen Veränderungen in Gesellschaft und Bildung, Wirtschaft und Technik – keine Haftung übernommen werden.

Dieses Buch enthält eine inhaltsgleiche CD-ROM.

ISBN 3-8214-7242-1



Übersicht  
über das **Sozialrecht**

Dieses Buch ist auf der Grundlage von Einzelbeiträgen  
verschiedener Autoren zusammengestellt worden.

Das Verzeichnis der Autoren ist auf  
den Seiten 982 und 983 abgedruckt.



# Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen,

Liebe Mitbürger,

Deutschland ist ein sozialer Rechtsstaat. Ein leistungsfähiges System sozialer Sicherung ist dafür die unverzichtbare Voraussetzung. Unseren Sozialstaat solidarisch, sicher und zukunftsfest zu gestalten, ist gleichermaßen Aufgabe von Politik und Gesellschaft.

Das Sozialrecht ist viel mehr als nur eine Ansammlung von Paragraphen; es ist in Gesetz gegossene soziale Sicherheit und gesellschaftliche Teilhabe, organisierte Solidarität orientiert am Ziel sozialer Gerechtigkeit. Gleichzeitig ist es Voraussetzung für wirtschaftlichen Erfolg und sozialen Frieden in unserem Land.

Auch deswegen wird die Bundesrepublik von vielen Staaten in der Welt bewundert und nachgeahmt.

Sozialrecht betrifft uns alle nahezu täglich. Damit es auch im Alltag wirkt, ist es wichtig, dass alle Bürgerinnen und Bürger ihre Rechten und Pflichten kennen.

Dazu hilft dieser Überblick. Er bietet Orientierung und informiert über die Vielfältigkeit unseres gesamten Systems sozialer Sicherung.

Neben den bereits kodifizierten Sozialgesetzbüchern beinhaltet die „Übersicht über das Sozialrecht“ auch alle anderen sozialrechtlichen Teilgebiete: Von der sozialen Sicherung der freien Berufe über den Familienleistungsausgleich oder dem Wohngeld über Hilfen für Spätaussiedler bis hin zu Sozialgerichtsbarkeit und Sozialbudget.

Kompetente Autoren fassen die Sozialgesetze zusammen und verdeutlichen sie durch Beispiele, Tabellen, Grafiken sowie aktuelles Zahlenmaterial. Querverweise zeigen, wo und wie einzelne Rechtsvorschriften ineinander greifen und miteinander vernetzt sind.

Ich wünsche Ihnen interessante, aufschlussreiche und fruchtbare Lektüre.

Franz Müntefering

A handwritten signature in black ink, reading 'Franz Müntefering'. The signature is written in a cursive, slightly slanted style with a prominent initial 'F'.



# Inhaltsverzeichnis

	Seite		
<b>EINFÜHRUNG</b>	1	Pfändung	11
Sozialrecht – Mythen oder Fakten	1	Aufrechnung	12
Ein wenig Geschichte ...	1	Verrechnung	12
Sozialstaat ist ein Produktivfaktor	1	Abzweigung	12
Soziale Sicherung und Gerechtigkeit – vom Grundgesetz gefordert!	2	<b>Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten</b>	13
Netzwerke der sozialen Sicherheit	2		
Möglichst wenig Staat ...	2		
Reformen des Sozialstaates unabdingbar	3	<b>2 SOZIALGESETZBUCH</b>	
Und wie sieht die Zukunft des Sozialstaates aus?	4	<b>2. BUCH</b>	
Information und Mitgestaltung des Sozialstaates	4	<b>GRUNDSICHERUNG FÜR ARBEITSUCHENDE</b>	15
<b>1 SOZIALGESETZBUCH</b>		<b>Einleitung</b>	15
<b>1. BUCH</b>		<b>Reformbedarf / Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe</b>	16
<b>ALLGEMEINER TEIL</b>	5	<b>Allgemeine Grundsätze</b>	17
<b>Überblick über das Gesamtwerk</b>	5	Leistungsarten	18
Werdegang	5	Leistungsberechtigte	18
Gegenwärtiger Umfang des Sozialgesetzbuchs	5	Anspruch ausländischer Hilfebedürftiger	19
<b>Soziale Rechte</b>	6	Erwerbsfähigkeit	19
<b>Hilfen für den Bürger</b>	7	Hilfebedürftigkeit	19
Aufklärung	7	Gewöhnlicher Aufenthalt	20
Beratung	7	Ausgeschlossene Personen	20
Auskunft	8	<b>Leistungen zur Eingliederung in Arbeit</b>	21
Antragstellung	8	Sonderregelungen für ältere Arbeitsuchende	22
<b>Sozialleistungen und zuständige Leistungsträger</b>	8	Eingliederung und Eingliederungsvereinbarung	22
<b>Räumlicher Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs</b>	9	Eingliederungsmaßnahmen	23
<b>Sozialgeheimnis</b>	9	Sonstige Leistungen zur Eingliederung	24
<b>Grundsätze des Leistungsrechts</b>	10	Einstiegs geld	24
Vorschüsse	10	Arbeitsgelegenheiten	24
Vorläufige Leistungen	10	<i>Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen</i>	24
Verzinsung	11	<i>Arbeitsgelegenheiten mit Entgelt</i>	25
Verjährung	11	<i>Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (Zusatzjobs)</i>	25
Auszahlung von Geldleistungen	11	<b>Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts</b>	25
<b>Eingriffe in die Leistungsansprüche</b>	11	Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts	26

# Inhaltsverzeichnis

Mehrbedarfe	27	<i>Versicherungsfreiheit</i>	45
<i>Mehrbedarf für werdende Mütter</i>	27	<i>Freiwillige Versicherung</i>	45
<i>Mehrbedarf für Alleinerziehende</i>	27	<i>Beginn und Ende der Versicherungspflicht</i>	45
<i>Mehrbedarf für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige</i>	27	<b>Leistungen</b>	45
<i>Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung</i>	28	Überblick	45
Leistungen für Unterkunft und Heizung	28	<b>Beratung</b>	46
<b>Abweichende Erbringung von Leistungen</b>	29	<b>Vermittlung</b>	46
Darlehen bei unabweisbarem Bedarf	29	Arbeitsvermittlung	46
Sachleistungen	29	Ausbildungsvermittlung	47
Nicht von den Regelleistungen umfasste Bedarfe	30	<i>Kostenfreie Beratung und Vermittlung</i>	47
Darlehen bei zu erwartenden Einnahmen	31	<i>Eingliederungsvereinbarung</i>	47
Befristeter Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld	31	<b>Leistungen zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung</b>	48
Antragstellung, Berechnung und Auszahlung der Leistungen	31	Zielsetzung	48
Berücksichtigung von Einkommen	32	Leistungen zur Förderung der beruflichen Ausbildung	48
<i>Bestimmung des Einkommens</i>	32	Zielsetzung	48
<i>Absetzbeträge</i>	33	<i>Förderungsfähige Maßnahmen</i>	48
<i>Selbständige Tätigkeit und Gewerbebetrieb</i>	34	<i>Art der Förderung</i>	49
Berücksichtigung einmaliger Einnahmen	35	<i>Förderungsfähiger Personenkreis</i>	49
Berücksichtigung von Vermögen	36	<i>Umfang der Förderung</i>	49
<b>Soziale Sicherung</b>	38	<i>Einkommensanrechnung</i>	49
Kranken- und Pflegeversicherung	38	<i>Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose</i>	50
Rentenversicherung	38	<i>Förderung der Ausbildung benachteiligter Auszubildender</i>	50
<b>Sanktionen</b>	39	Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung	51
<b>Mitwirkungspflichten</b>	39	<i>Grundsätze der Förderung</i>	51
<b>Anspruchsübergang</b>	39	<i>Bildungsgutschein</i>	51
<b>Ersatzansprüche</b>	39	<i>Zulassung von Bildungsmaßnahmen</i>	51
<b>Erbenhaftung</b>	40	<i>Dauer von Weiterbildungsmaßnahmen</i>	51
<b>Organisation / Durchführung / Beratung</b>	40	Anerkennung von Bildungsträgern	52
<b>Widerspruch und Klage</b>	40	Umfang der Förderung	52
<b>Finanzierung</b>	40	Besondere Förderungsmöglichkeit für Ältere	52
<b>Rechtsquellen</b>	41	Förderung von Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung und der beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen	53
<b>3 SOZIALGESETZBUCH</b>		<b>Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit</b>	53
<b>3. BUCH</b>		Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung	53
<b>ARBEITSFÖRDERUNG</b>	43	Leistungen an Arbeitnehmer zur Arbeitsaufnahme	53
<b>Aufgabe der Arbeitsförderung</b>	43	<i>Entgeltsicherung für Ältere</i>	54
<b>Personenkreis</b>	43	<i>Trainingsmaßnahmen und Maßnahmen zur Eignungsfeststellung</i>	54
Schutzbereich der Arbeitsförderung	43	Leistungen an Arbeitgeber	55
Versicherungspflicht nach dem SGB III	44	<i>Eingliederungszuschüsse</i>	55
<i>Versicherungspflichtiger Personenkreis</i>	44		
<i>Versicherungspflicht besonderer Personengruppen</i>	44		



<i>Grundsatz</i>	55	<i>Persönliche Voraussetzungen</i>	65
<i>Sonderregelungen</i>	55	<i>Anzeigeverfahren</i>	65
<i>Bemessung des Zuschusses</i>	56	<i>Umfang der Leistungsgewährung</i>	65
<i>Förderungsausschluss und Rückzahlung</i>	56	<i>Bemessung und Höhe des Kurzarbeitergeldes</i>	65
<i>Weiterbildung durch Vertretung (Jobrotation)</i>	56	<i>Transferleistungen</i>	66
<i>Weiterbildung für ungelernte Arbeitnehmer</i>	56	<i>Transferkurzarbeitergeld</i>	66
<i>Weiterbildung für von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer</i>	57	<i>Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen</i>	66
<i>Beitragsbonus</i>	57	<i>Leistungen zur Förderung der ganzjährigen Beschäftigung in der Bauwirtschaft</i>	67
Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit	57	<i>Wintergeld</i>	67
<i>Überbrückungsgeld</i>	57	<i>Winterausfallgeld</i>	67
<i>Existenzgründungszuschuss (Förderung der 'Ich-AG')</i>	57	Verwendung der Mittel für die aktive Arbeitsförderung	68
<i>Soziale Sicherung der Ich-AG-Gründer</i>	58	<i>Eingliederungstitel</i>	68
<i>Förderung der Ich-AG oder Überbrückungsgeld?</i>	58	<i>Freie Förderung</i>	69
<i>Einstellungszuschüsse bei Neugründungen</i>	58	<i>Eingliederungsbilanz</i>	69
<i>Leistungen an Träger</i>	58	Förderung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	69
<i>Jugendwohnheimbau</i>	58		
<b>Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen</b>	59	<b>Leistungen bei Arbeitslosigkeit</b>	70
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit	59	Arbeitslosengeld	70
<i>Maßnahmekosten</i>	59	<i>Zielsetzung und Grundformen des Arbeitslosengeldes</i>	70
<i>Unterhaltssichernde Leistungen</i>	59	<i>Voraussetzungen des Anspruchs bei Arbeitslosigkeit</i>	70
<i>Ergänzende Leistungen</i>	59	<i>Arbeitslosigkeit</i>	70
<i>Allgemeine Leistungen</i>	59	<i>Beschäftigungslosigkeit</i>	70
<i>Besondere Leistungen</i>	60	<i>Eigenbemühungen</i>	70
<i>Übergangsgeld</i>	60	<i>Verfügbarkeit</i>	70
<i>Höhe des Übergangsgeldes</i>	60	<i>Zumutbarkeit</i>	71
<i>Ausbildungsgeld</i>	61	<i>Persönliche Arbeitslosmeldung</i>	72
<i>Leistungen an Arbeitgeber</i>	61	<i>Anwartschaftszeit</i>	72
<b>Leistungen zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen</b>	61	<i>Dauer des Anspruchs</i>	73
Überblick über die Leistungen	61	<i>Anspruchsvoraussetzungen bei beruflicher Weiterbildung</i>	73
<i>Förderung von Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung</i>	61	<i>Höhe des Arbeitslosengeldes</i>	73
<i>Förderungsfähige Arbeiten</i>	61	<i>Bemessungsgrundlage</i>	73
<i>Träger der Maßnahmen</i>	61	<i>Höhe</i>	74
<i>Zugewiesene Arbeitnehmer</i>	61	Minderung des Arbeitslosengeldes, Zusammenreffen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld mit sonstigem Einkommen und Ruhen des Anspruchs	74
Umfang der Förderung	62	<i>Minderung des Arbeitslosengeldes</i>	74
<i>Dauer der Förderung</i>	63	<i>Ruhen bei Arbeitsentgelt und Urlaubsabgeltung</i>	74
<i>Rückzahlung</i>	63	<i>Ruhen bei Entlassungsentschädigungen</i>	75
Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung	63	<i>Anrechnung von Nebeneinkommen</i>	75
<i>Kurzarbeitergeld</i>	64	<i>Ruhen bei anderen öffentlich-rechtlichen Leistungen</i>	75
<i>Zielsetzung</i>	64	<i>Ruhen bei Sperrzeiten</i>	75
<i>Anspruch auf Kurzarbeitergeld</i>	64	<i>Ruhen bei Arbeitskämpfen</i>	76
<i>Erheblicher Arbeitsausfall</i>	64		
<i>Betriebliche Voraussetzungen</i>	65		

# Inhaltsverzeichnis

Teilarbeitslosengeld	76	Beschäftigung und Arbeitsverhältnis	91
Erstattungspflicht des Arbeitgebers	77	Selbständige Tätigkeit	93
<i>Voraussetzungen und Umfang</i>	77	Berufsbildung und Betriebliche Berufsbildung	94
<i>Ausnahmen und Befreiungen</i>	77	Freiwilligkeit der Beschäftigung	95
<i>Verminderung und Wegfall</i>	77	<b>Besondere Formen der Beschäftigung</b>	95
<i>Übergangsregelungen für die Erstattungspflicht</i>	77	Geringfügige Beschäftigung	95
Altersteilzeitförderung (Altersteilzeitgesetz)	78	Beschäftigung in der Gleitzone	100
<i>Ziel der Altersteilzeit</i>	78	Beschäftigung während Zeiten der Frei-	
<i>Funktionen der Altersteilzeit</i>	78	<i>stellung von der Arbeitsleistung</i>	
<i>Voraussetzungen der Altersteilzeit</i>	78	<i>(flexible Arbeitszeiten)</i>	102
<i>Arbeitszeitvereinbarung</i>	78	<i>Vermutung von Beschäftigung - so genannte</i>	
<i>Aufstockungsbeträge</i>	79	<i>Scheinselbständigkeit</i>	104
<i>Zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge</i>	79	<i>Unständig Beschäftigte</i>	105
<i>Voraussetzungen der Förderung</i>	79	<b>Beschäftigungsort und besondere Personen-</b>	
<i>Insolvenzversicherung</i>	80	<b>kreise in der Sozialversicherung</b>	106
<i>Soziale Sicherung</i>	80	Beschäftigungsort	106
<b>Insolvenzgeld</b>	81	<i>Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende</i>	106
<b>Organisation</b>	81	<i>Seeleute</i>	106
<b>Finanzierung</b>	81	<i>Besondere Personengruppen im versicherten</i>	
Beiträge	81	<i>Personenkreis der Sozialversicherung</i>	106
<i>Bemessung des Beitrags</i>	82	<b>Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen,</b>	
<i>Beitragshöhe</i>	82	<b>Leistungen und Beiträge</b>	109
Umlage	82	<i>Arbeitsentgelt</i>	109
Kostenübernahme durch den Bund	82	<i>Arbeitseinkommen</i>	110
<b>4 SOZIALGESETZBUCH</b>		<i>Sachbezüge</i>	110
<b>4. BUCH</b>		<i>Einnahmen bei flexibler Arbeitszeitregelung</i>	110
<b>GEMEINSAME VORSCHRIFTEN</b>	83	<i>Einmalzahlungen</i>	110
<b>Entstehung und Aufgabe der gemeinsamen</b>		<i>Bezugsgröße</i>	111
<b>Vorschriften</b>	83	<i>Einführung des Euro</i>	111
Gemeinsame Vorschriften	84	<i>Gesamtsozialversicherungsbeitrag</i>	111
Begriff der Sozialversicherung	84	<i>Sozialversicherungsbeiträge</i>	112
<b>Gemeinsame Grundsätze, Begriffe und</b>		<i>Beitragszuschüsse</i>	113
<b>Verfahren in der Sozialversicherung</b>	85	<i>Beitragseinzug und Prüfung</i>	114
Geltungsbereich und Umfang der Sozial-		<i>Haushaltsscheck</i>	114
<i>versicherung</i>	85	<b>Meldepflichten, Prüfungen und Kontroll-</b>	
<i>Die Versicherungszweige der Sozialver-</i>		<b>mechanismen</b>	114
<i>sicherung</i>	85	Meldepflichten des Arbeitgebers	114
<i>Versicherungspflicht und Versicherungs-</i>		Sonstige Pflichten der Arbeitgeber und der	
<i>berechtigung</i>	85	<i>Beschäftigten</i>	115
<b>Das Territorialitätsprinzip</b>	86	Sozialversicherungsausweis	115
<i>Aus- und Einstrahlung</i>	87	<b>Bußgeldvorschriften und Haftungsfragen</b>	116
<i>Über- und zwischenstaatliches Recht, Sozial-</i>		<b>Haushalts- und Rechnungswesen</b>	116
<i>versicherung in der Europäischen Union</i>	89	Sozialbudget	116
<b>Beschäftigung und selbständige Tätigkeit</b>	90	Haushalte der Sozialversicherungsträger	117
Versicherter Personenkreis	90	<i>Haushalts- und Rechnungslegungsvorschriften</i>	
Begriff der Beschäftigung	90	<i>für die Sozialversicherung</i>	117
		<i>Aufbau der Haushaltspläne</i>	118

<i>Gestaltung des Haushaltsplans durch die Selbstverwaltung</i>	118	Krankheit und Gesundheit	133
<i>Staatliche Verantwortung für die Haushalte der Sozialversicherungsträger</i>	118	Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung	134
<i>Ausführung des Haushaltsplans</i>	119	<i>Das Sachleistungsprinzip</i>	134
<i>Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung</i>	119	<i>Das Solidaritätsprinzip</i>	134
		<i>Das Selbstverwaltungsprinzip</i>	135
		<i>Das Prinzip der gegliederten Krankenversicherung</i>	135
<b>Vermögenswirtschaft der Sozialversicherungsträger</b>	120	<b>Die Gesundheitsreform</b>	135
Verwaltung der Mittel	120	Notwendige Kostendämpfung im Gesundheitswesen	136
Vermögensarten in der Sozialversicherung, Betriebsmittel	121	Notwendigkeit der Gesundheitsreform	137
Rücklagen	121	Rechtspolitische Ziele	138
Verwaltungsvermögen	122	Neukodifizierung des Rechts der Krankenversicherung	138
Anlegung des Vermögens	122	Auswirkungen des Gesundheits-Reformgesetzes	138
Genehmigungsbedürftige Vermögensanlagen	122	Das Gesundheitsstrukturgesetz	139
<b>Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer</b>	123	Sofortmaßnahme: Budgetierung der wichtigsten Leistungsbereiche	139
		Strukturelle Veränderungen	140
		Finanzielle Entwicklung der GKV seit den 90er Jahren	141
		Beitragsentlastungsgesetz und die beiden GKV-Neuordnungsgesetze	141
		Neue Reformakzente ab 1998	142
		Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	142
		Die GKV-Gesundheitsreform 2000 und das Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV	143
		GKV-Modernisierungsgesetz	145
		Finanzentwicklung seit Ende der 90er Jahre	146
		Finanzentwicklung nach In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes	147
		<b>Ausblick auf die GKV im 21. Jahrhundert</b>	148
		<b>Versicherter Personenkreis</b>	148
		Versicherungspflicht	148
		Versicherungsfreiheit	150
		Befreiung von der Versicherungspflicht	150
		Freiwillige Versicherung	150
		Familienversicherung	151
		Versicherung und Mitgliedschaft	151
		<b>Finanzierung durch Krankenversicherungsbeiträge</b>	152
		Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben	152
		<i>Grundprinzipien des Beitragsrechts</i>	152
		<i>Beitragsbemessungsgrenze</i>	153
		Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Beschäftigter	153
		Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner	153
<b>Aufgaben und Grundzüge der Krankenversicherung</b>	132		
Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung	132		
Aufgaben der Krankenversicherung	132		

# Inhaltsverzeichnis

<i>Rente und Arbeitsentgelt</i>	153	Die Leistungen der Krankenversicherung	
<i>Eigene Rente und Witwen-/Witwerrente</i>	154	im einzelnen Überblick	169
<i>Rente und Versorgungsbezüge</i>	154	<i>Medizinische Vorsorgeleistungen</i>	170
Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	154	<i>Schutzimpfungen</i>	171
<i>Allgemeine Mindestbemessungsgrundlage</i>	155	<i>Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten</i>	171
Beitragspflichtige Einnahmen der Selbständigen	155	Krankenbehandlung	171
<i>Grundsätze</i>	155	<i>Überblick</i>	171
<i>Wandergesellen</i>	157	<i>Ärztliche Behandlung</i>	171
<i>Anwartschaftsversicherung freiwillig Versicherter</i>	157	<i>Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln</i>	172
Beitragsfreie Einnahmen / Beitragsfreiheit	157	<i>Häusliche Krankenpflege</i>	173
<i>Bezug von Kranken-, Mutterschafts- oder Erziehungsgeld</i>	157	<i>Soziotherapie</i>	174
Beitragssatz	157	<i>Haushaltshilfe</i>	174
<i>Allgemeiner, erhöhter und ermäßigter Beitragssatz</i>	158	<i>Krankenhausbehandlung</i>	174
<i>Beitragssatz für Studenten und Praktikanten</i>	158	<i>Hospizversorgung</i>	174
<i>Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II</i>	158	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und sonstige Leistungen zur Rehabilitation	175
<i>Beitragssatz aus der Rente</i>	158	<i>Krankengeld</i>	177
<i>Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen</i>	159	<i>Kinderpflegekrankengeldgesetz / Erweiterung</i>	178
<i>Zusätzlicher Beitragssatz</i>	159	<i>Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft</i>	179
Tragung der Beiträge	160	<i>Sonstige Hilfen</i>	179
Für einige Personengruppen gibt es Besonderheiten	160	<i>Leistungen zur künstlichen Befruchtung</i>	179
Freiwillig Versicherte im Ruhestand	161	<i>Sterbegeld</i>	180
Beiträge bei längerem Auslandsaufenthalt	162	<i>Fahrkosten</i>	180
Beitragszuschüsse	163	<i>Zuzahlungen, Belastungsgrenze</i>	181
<i>Arbeitgeberzuschuss für Beschäftigte</i>	163	<i>Zu den Befreiungsmöglichkeiten / Belastungsgrenzen im Einzelnen</i>	181
<i>Standardtarif</i>	163	<i>Heranziehung des Familienbruttoeinkommens</i>	182
<i>Kein Zuschuss für Beamte</i>	163	<i>Besonderheiten bei chronisch Kranken</i>	183
Sonstige beitragsrechtliche Regelungen	164	<i>Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen</i>	183
Das Umlageverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	164	<i>Bonusregelung</i>	184
<i>Verfahren U 1</i>	164	<b>Ökonomische Steuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung</b>	184
<i>Verfahren U 2</i>	165	Grundsatzfragen der ökonomischen Steuerung	184
<i>Durchführung der Umlageverfahren U 1 und U 2</i>	165	<i>Gesundheitspolitische Prioritäten und wirtschaftliche Mittelverwendung</i>	184
<b>Das Leistungsrecht</b>	165	<i>Ordnungspolitische Alternativen: Marktsteuerung und staatliche Regulierung</i>	185
Grundprinzipien	165	<i>Steuerung der Gesundheitsausgaben</i>	185
<i>Wirtschaftlichkeitsgebot</i>	165	<i>Das Konzept der globalen Ausgabensteuerung</i>	185
<i>Sachleistungen – Kostenerstattung</i>	166	<i>Angebots- und nachfrageorientierte Steuerungsinstrumente</i>	186
<i>Voraussetzung der Inanspruchnahme von Leistungen</i>	167	Kosten- und Leistungstransparenz / Datenschutz	186
<i>Erlöschen des Leistungsanspruchs</i>	167	<i>Datentransparenz</i>	186
<i>Leistungen bei Selbstverschulden</i>	167	<i>Krankenversichertenkarte</i>	187
<i>Leistungen bei Behandlungen im Ausland</i>	167	<i>Auskünfte an Versicherte</i>	187
		<i>Datenschutz</i>	187

<i>Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen</i>	188	Arzneimittel	209
<b>Medizinische Qualitätssicherung</b>	189	<i>Arznei- und Heilmittelvereinbarungen</i>	210
Ziele und Merkmale	189	<i>Festbeträge für Arzneimittel</i>	211
Gesetzliche Regelungen	189	<i>Wirtschaftlichkeitsprüfung, Richtgrößen</i>	213
<b>Die Versorgungsbereiche</b>	191	<i>Zuzahlung zu Arzneimitteln</i>	214
Prävention	191	<b>Heil- und Hilfsmittel</b>	214
<i>Mutterschaftshilfe</i>	191	Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel	214
<i>Krankheitsfrüherkennung im Säuglings-, Kleinkind- und Jugendalter</i>	192	<i>Heilmittel</i>	214
<i>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen</i>	192	<i>Hilfsmittel</i>	217
<i>Gesundheitsuntersuchungen</i>	192	<b>Krankenhäuser</b>	220
<i>Krankheitsverhütung durch Krankenkassen</i>	193	Anspruch auf Krankenhausbehandlung	220
Die ambulante ärztliche Versorgung	193	Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern	220
<i>Grundzüge des Kassenarztrechts</i>	193	Wahl des Krankenhauses	220
<i>Das Verhältnis Versicherter / Krankenkasse</i>	193	Kündigung von Versorgungsverträgen	221
<i>Das Verhältnis Versicherter / Arzt</i>	193	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	221
<i>Das Verhältnis Vertragsarzt / Kassenärztliche Vereinigung</i>	193	Ambulantes Operieren und ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser	221
<i>Das Verhältnis Krankenkasse / Kassenärztliche Vereinigung</i>	193	Leistungsorientierte und pauschalierte Vergütung / DRG-Vergütungssystem	221
<i>Richtlinien des Bundesausschusses</i>	194	Gemeinsamer Bundesausschuss zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Sektor	222
<i>Zur ambulanten ärztlichen Behandlung berechnete Leistungserbringer</i>	194	<b>Stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen</b>	223
<i>Hausärztliche Versorgung</i>	195	Medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation	223
<i>Fortbildungspflicht in der ambulanten ärztlichen Versorgung</i>	196	Zulassung / Versorgungsauftrag	223
<i>Bedarfsplanung</i>	196	Vergütung	223
<i>Arztdichte</i>	196	<b>Die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung</b>	224
<i>Zulassungsbeschränkungen</i>	196	Organisation	224
<i>Praxisübergabe</i>	196	Kassenwahlmöglichkeiten	224
<i>Altersgrenze für Vertragsärzte</i>	197	Risikostrukturausgleich	225
<i>Integration der Psychotherapeuten</i>	197	Die Selbstverwaltung	226
<i>Ärztliche Vergütung</i>	197	<i>Das Prinzip der Selbstverwaltung</i>	226
Integrierte Versorgung	199	<i>Die Merkmale der Selbstverwaltung</i>	227
Strukturverträge/Modellvorhaben	201	<i>Die Formen der Selbstverwaltung</i>	227
<i>Strukturverträge</i>	201	<i>Die Selbstverwaltungsorgane</i>	227
<i>Modellvorhaben</i>	201	<i>Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung</i>	228
<i>Vermittlung von Zusatzversicherungen</i>	202	Die Verbände der Krankenkassen	228
Die zahnmedizinische Versorgung	202	<i>Die Verbände auf Landesebene</i>	228
<i>Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung</i>	202	<i>Die Verbände auf Bundesebene</i>	229
<i>Zahnmedizinisches Prophylaxesystem</i>	203	<i>Rechtsnatur, innere Struktur der Verbände</i>	229
<i>Qualitätssicherung in der Zahnmedizin</i>	204	<i>Die Aufgaben der Verbände</i>	229
<i>Leistungsanspruch bei Füllungen</i>	205	Die Staatsaufsicht	229
<i>Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz</i>	205	<i>Das Prinzip der Staatsaufsicht</i>	229
<i>Kieferorthopädische Behandlung</i>	207		
<i>Klarstellungen des Leistungsumfangs</i>	208		
Praxisgebühr	208		
<i>Degressiver Punktwert</i>	209		

# Inhaltsverzeichnis

<i>Der Zweck der Staatsaufsicht</i>	229	<i>Rentenabschläge bei Inanspruchnahme einer Altersrente vor dem 65. Lebensjahr</i>	271
<i>Inhalt, Reichweite und Mittel der Staatsaufsicht</i>	230	<i>Vertrauensschutz bei der Höhe der Abschläge für die vorgezogenen Altersrenten</i>	271
<i>Die zuständigen Aufsichtsbehörden</i>	230	<i>Vertrauensschutz für Versicherte mit 45 Pflichtbeitragsjahren</i>	272
Prüfung nach § 274 SGB V	231	<i>Vereinheitlichung der Altersgrenzen ab dem Jahr 2012</i>	272
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	233	<i>Übersicht über die stufenweise Anhebung der Altersgrenzen bei Altersrenten vor dem 65. Lebensjahr</i>	273
<b>Der Rechtsschutz in der GKV</b>	234	<i>Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit</i>	273
Behandlungsfehler	234	<i>Altersrente für Frauen</i>	274
<i>Zu den Voraussetzungen des Behandlungsfehlers</i>	234	<i>Altersrente für langjährig Versicherte</i>	275
<i>Beweis der Ursächlichkeit</i>	234	<i>Altersrente für schwerbehinderte Menschen</i>	275
<i>Außergerichtliche Hilfe – gerichtlicher Rechtsschutz</i>	235	<i>Teilrente und Hinzuverdienst</i>	276
<b>6 SOZIALGESETZBUCH</b>		Kündigungsschutz beim Übergang in den Ruhestand	277
<b>6. BUCH</b>		<b>Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b>	277
<b>RENTENVERSICHERUNG</b>	241	Sachgerechte Risikoverteilung zwischen Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit	282
<b>Kurzer Überblick</b>	241	Vertrauensschutz bei Berufsunfähigkeit	283
<b>Zur Geschichte der Rentenversicherung</b>	245	Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Renten wegen Erwerbsminderung	284
<b>Die Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung</b>	246	<i>Bezugsdauer bei Renten wegen Erwerbsminderung</i>	284
<b>Die Reformgesetzgebung der vergangenen Jahre im Überblick</b>	251	Höhe der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	285
Die Rentenreform 1999	251	<i>Zusammentreffen von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit Einkommen</i>	285
Die Rentenreform 2001	251	Übergangs- und Vertrauensschutzregelungen bei den Renten wegen Erwerbsminderung	286
Die Weiterentwicklung der Rentenreform des Jahres 2001	252	<b>Renten wegen Todes</b>	287
Die rentenpolitischen Zielsetzungen für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags	253	Änderungen in der Hinterbliebenenversorgung durch das Altersvermögens-Ergänzungsgesetz	288
<b>Versicherter Personenkreis</b>	254	Rentensplitting unter Ehegatten	289
Versicherungspflicht	255	Lange Übergangsfristen für die Anwendung des neuen Hinterbliebenenrentenrechts	290
Versicherungspflicht auf Antrag	255	Erstreckung des Rechts der Hinterbliebenenversorgung auf eingetragene Lebenspartnerschaften	290
Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes	256	Wartezeit	291
Befreiung von der Versicherungspflicht	258	<b>Rentenrechtliche Zeiten</b>	291
Nachversicherung	259	Beitragszeiten	291
Freiwillige Versicherung	259	Beitragsfreie Zeiten	291
Nachzahlung freiwilliger Beiträge	260	<i>Anrechnungszeiten</i>	292
Höherversicherung	261	<i>Zurechnungszeit</i>	294
<b>Leistungen der Rentenversicherung</b>	261		
<b>Leistungen zur Rehabilitation</b>	261		
<b>Rentenarten und die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch</b>	266		
<b>Renten wegen Alters</b>	267		
<i>Anhebung der Altersgrenzen</i>	268		



<i>Ersatzzeiten</i>	295	Förderkonzept	329
<i>Beitragsgeminderte Zeiten</i>	295	Höhe der Zulage	330
Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung und wegen häuslicher Pflege	296	<i>Beispiele für Förderquoten und den Anteil eigener Aufwendungen</i>	331
<b>Rentenberechnung</b>	296	<b>Stärkung der betrieblichen Altersversorgung</b>	332
Versicherungsnummer, Versicherungskonto, Rentenauskunft	297	Zusammentreffen von Renten und Leistungen aus der Unfallversicherung	332
Aufbau der Berechnung einer Versichertenrente	297	Beginn, Ende und Zahlung der Renten	333
Ermittlung der Entgeltpunkte für Beitragszeiten	298	Fremdrentenrecht	334
<i>Kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeitragszeiten</i>	301	Auslandsrentenrecht	336
<i>Ermittlung der Entgeltpunkte aus einem durchgeführten Rentensplitting unter Ehegatten</i>	304	Leistungen für Kindererziehung	336
<i>Ermittlung der Entgeltpunkte aus den pauschalen Arbeitgeberbeiträgen für Entgelte aus geringfügiger Beschäftigung</i>	305	Versorgungsausgleich	340
<i>Ermittlung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten</i>	305	Krankenversicherung der Rentner	341
<i>Begrenzte Gesamtleistungsbewertung</i>	307	Pflegeversicherung der Rentner	343
<i>Anrechnungszeiten ohne Bewertung</i>	307	Besteuerung der Renten	344
<i>Erhöhung des Gesamtleistungswerts durch Zeiten der Berufsausbildung</i>	308	Vermeidung von Armut im Alter und bei voller Erwerbsminderung	346
Zugangsfaktor (persönliche Entgeltpunkte)	309	<b>Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung</b>	347
Rentenartfaktor	311	<b>Finanzierung</b>	351
Aktueller Rentenwert	311	Deckungsverfahren	351
Berechnung der Witwen- und Witwerrenten	312	Rentenversicherungsbericht und Sozialbeirat	352
<i>Anrechnung von Einkommen bei Witwen- und Witwerrenten</i>	313	Höhe der Beiträge	353
Berechnung der Waisenrenten	315	Festsetzung des Beitragssatzes	353
<b>Rentenanpassung</b>	316	Verstetigung der Beitragssatzfestsetzung	354
Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Rentenreformgesetz 1992	318	Beitragsbemessungsgrundlagen	355
Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Rentenreformgesetz 1999	319	<i>Höchstbeiträge</i>	356
Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz	319	<i>Mindestbeiträge</i>	357
Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung	320	<i>Pflichtbeiträge aus Arbeitsentgelten bis 800 Euro</i>	357
Auswirkungen der um den Nachhaltigkeitsfaktor ergänzten Rentenanpassungsformel auf das Rentenniveau	326	<i>Pauschalbeitrag bei geringfügiger Beschäftigung</i>	360
<b>Förderung der zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge</b>	327	<i>Beitragsbemessungsgrundlage bei Altersteilzeitarbeit</i>	360
Geförderter Personenkreis	328	Sonderregelungen zu den Beitragsbemessungsgrundlagen für bestimmte Personengruppen	361
Grundsätze der Förderung	328	<i>Beitragsbemessungsgrundlage bei Wehr- / Zivildienstleistenden</i>	361
Förderfähige Anlageformen	329	<i>Beitragsbemessungsgrundlage bei Beziehern von Lohnersatzleistungen</i>	361
Einbeziehung von Wohneigentum	329	<i>Tragung der Beiträge</i>	362
		<i>Abführung der Beiträge</i>	362
		<i>Zahlung zusätzlicher Beiträge zum Ausgleich von Rentenminderungen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente</i>	363
		Beiträgerstattung	364
		Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Rentenversicherung	364
		<i>Allgemeiner Bundeszuschuss</i>	364
		<i>Zusätzlicher Bundeszuschuss</i>	366

# Inhaltsverzeichnis

<i>Senkung der Lohnnebenkosten durch die ökologische Steuer- und Abgabenreform</i>	366	<b>Rentenrechtliche Zeiten</b>	389
<i>Der Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss</i>	367	Beitragszeiten	389
<i>Erstattungen des Bundes</i>	368	Kindererziehungszeiten	389
<i>Liquiditätshilfe des Bundes</i>	368	Anrechnungszeiten	390
<i>Finanzausgleich</i>	368	Ersatzzeiten	390
Besonderheiten für bestimmte Personengruppen	369	<b>Rentenberechnung</b>	390
<i>Sonderregelungen für Bergleute</i>	369	Ermittlung der Entgeltpunkte für Beitragszeiten	390
<i>Sonderregelungen für selbständig Tätige</i>	373	Die für die Rentenberechnung zu berücksichtigenden Entgelte	391
<i>Arbeitnehmerähnliche Selbständige</i>	373	Vertrauensschutz für Übersiedler	394
<i>Selbständig tätige Lehrer</i>	374	Freiwillige Beiträge nach der Verordnung vom 28. Januar 1947	394
Beitragsbemessungsgrundlage bei selbständig Tätigen	375	Freiwillige Beiträge nach der Verordnung vom 15. März 1968	395
<i>Selbständig tätige Handwerker</i>	375	Entgeltpunkte bei verminderter Erwerbsfähigkeit vor Erfüllung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf voller Erwerbsminderungsrente	395
<i>Bezirksschornsteinfegermeister</i>	375	Entgeltpunkte für Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR	395
<i>Empfänger von Lohnersatz- und Sozialleistungen</i>	375	<i>Zusatzversorgungssysteme der ehemaligen DDR</i>	395
<i>Anrechnung und Bewertung von Zeiten des Bezugs von Lohnersatzleistungen</i>	376	<i>Sonderversorgungssysteme der ehemaligen DDR</i>	397
Behinderte Menschen	377	Getrennte Ermittlung der Entgeltpunkte für Versicherungszeiten in den alten und neuen Bundesländern	400
Jugendliche, die für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen	378	Die Umwertung der am 31. Dezember 1991 in den neuen Bundesländern gezahlten Renten	400
Ordensleute	378	Besitzschutz für Rentner in den neuen Bundesländern, die bereits am 31. Dezember 1991 eine Rente bezogen haben	401
Pflegepersonen	379	Neufeststellung der am 31. Dezember 1991 gezahlten Renten von ehemaligen Angehörigen der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme der DDR	401
Wehr- und Zivildienstleistende	380	Besitzschutz für Rentner, die ehemals Zusatz- oder Sonderversorgungssystemen der DDR angehört haben und am 31. Dezember 1991 bereits Renten bezogen haben	401
Entwicklungshelfer und andere im Ausland beschäftigte Deutsche	380	Begrenzung der Zahlbeträge bei Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem	402
Seeleute	380	Vertrauensschutzregelungen	403
Ehrenamtlich Tätige	381	Vertrauensschutzregelung bei Zugehörigkeit zu einem ehemaligen Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der DDR	404
Verfolgte des Nationalsozialismus	381	<b>Anpassung der Renten in den neuen Bundesländern</b>	405
Verfolgte des DDR-Regimes	382	Die Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert	407
<b>Beratung und Auskunft</b>	383		
Verbesserter Auskunftsservice durch die Rentenversicherungsträger	383		
Auskunfts- und Beratungsstellen	383		
<b>Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer</b>	384		
Grundsätze der Rentenüberleitung auf die neuen Bundesländer	384		
Versicherter Personenkreis	384		
Befreiung von der Versicherungspflicht	385		
<i>Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes</i>	385		
Nachversicherung	386		
<b>Leistungen der Rentenversicherung</b>	386		
Renten wegen Alters	386		
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	386		
Renten wegen Todes	387		
Erziehungsrente	388		
Waisenrenten	389		



<i>Rentanpassung im Jahr 2000</i>	408	Medizinische Leistungen	427
Wirkung der Anpassungsformel auf die Angleichung der aktuellen Rentenwerte	408	<i>Heilbehandlung</i>	427
Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors	408	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	428
Zusammentreffen von Renten und Leistungen aus der Unfallversicherung	409	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	428
Fremdrentenrecht	410	Ergänzende Leistungen	429
Leistungen für Kindererziehung	411	Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	429
Versorgungsausgleich	411	<i>Höhe des Pflegegeldes</i>	430
Krankenversicherung der Rentner	411	Geldleistungen während der Heilbehandlung und der beruflichen Rehabilitation	430
Besondere Regelungen für bestimmte Personengruppen	412	<i>Verletztengeld</i>	430
<i>Verfolgte des DDR-Regimes</i>	412	<i>Übergangsgeld</i>	431
<i>Berechtigte nach dem Pensionsstatut Carl-Zeiss Jena</i>	414	Renten, Beihilfen, Abfindungen	431
<b>Finanzierung</b>	414	<i>Renten an Versicherte</i>	431
Beiträge	414	Berechnungsgrundlage für die Renten	432
<i>Die Beitragsbemessungsgrenzen in den neuen Bundesländern</i>	415	<i>Jahresarbeitsverdienst</i>	432
Finanzverbund	415	Höhe der Rente	433
<i>Bundeszuschüsse</i>	415	Beginn, Änderung und Ende von Renten	433
<b>Organisation</b>	416	Abfindung von Renten	433
<b>Rechtsschutz</b>	416	<b>Weitere Leistungen</b>	433
<b>7 SOZIALGESETZBUCH</b>		Leistungen an Hinterbliebene	434
<b>7. BUCH</b>		<i>Sterbegeld und Überführungskosten</i>	434
<b>UNFALLVERSICHERUNG</b>	419	Hinterbliebenenrenten	434
<b>Aufgabe der Unfallversicherung</b>	419	<i>Witwen- und Witwerrente</i>	434
Allgemeines	419	<i>Abfindung der Witwenrente und der Witwerrente</i>	436
Entwicklung der Unfallversicherung	419	<i>Waisenrente</i>	436
Die Aufgaben im Einzelnen	420	<i>Elternrente</i>	436
<b>Unfallverhütung</b>	420	<i>Gemeinsame Vorschriften</i>	436
Bedeutung der Unfallverhütung	420	Anpassung der Geldleistungen	436
Überbetrieblicher Arbeitsschutz	421	<b>Organisation</b>	437
<i>Der Aufsichtsdienst der Unfallversicherungsträger</i>	421	Allgemeines	437
<i>Staatliche Gewerbeaufsicht</i>	422	Die Unfallversicherungsträger	437
Innerbetrieblicher Arbeitsschutz	422	<i>Gewerbliche Berufsgenossenschaften</i>	437
Personenkreis	422	<i>Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften</i>	438
Versicherungspflicht	423	<i>Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand</i>	438
<i>Versicherung kraft Gesetzes</i>	423	<b>Finanzierung</b>	439
<i>Versicherung kraft Satzung</i>	424	Beiträge	439
Versicherungsfreiheit	424	<b>Lastenausgleich</b>	440
Freiwillige Versicherung	425	<b>Beratungsstellen, Auskunft</b>	440
Versicherungsfall und Versicherungsumfang	425	Allgemeines	440
<b>Leistungen der Unfallversicherung</b>	426	Beratung und Auskunft in der Unfallversicherung	440
Allgemeines	426	<b>Rechtsschutz</b>	441
Heilbehandlung, Rehabilitation, Pflege und Geldleistungen	427	<b>Rechtsquellen</b>	441

# Inhaltsverzeichnis

<b>8</b>	<b>SOZIALGESETZBUCH</b>		
	<b>8. BUCH</b>		
	<b>KINDER- UND JUGENDHILFE</b>	443	
	<b>Aufgabe und Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe</b>	443	
	Allgemeines	443	
	Entwicklung der Kinder- und Jugendhilfe	444	
	Personenkreis	445	
	<i>Spezifische Pflichten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl</i>	445	
	Die einzelnen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe	446	
	Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe	446	
	<i>Allgemeine Leistungen zur Förderung junger Menschen</i>	447	
	<i>Allgemeine Leistungen zur Förderung der Familie</i>	447	
	Beratung in Fragen der Partnerschaft sowie zur Ausübung der elterlichen Sorge nach Trennung und Scheidung	447	
	Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege	448	
	Hilfen zur Erziehung	449	
	Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	450	
	Hilfe für junge Volljährige	452	
	Steuerung des Hilfeprozesses durch das Hilfeplanverfahren	452	
	Andere Aufgaben	453	
	Einsatz des Einkommens und Vermögens	454	
	<b>Organisation</b>	454	
	Träger der öffentlichen Jugendhilfe	454	
	Zusammenarbeit mit der freien Jugendhilfe	455	
	<b>Verfahren</b>	455	
	<b>Finanzierung</b>	455	
	Finanzierungsformen	455	
	Finanzierungslast	456	
	<b>Beratung und Auskunft in der Kinder- und Jugendhilfe</b>	456	
	<b>Rechtsschutz</b>	456	
	<b>Rechtsquellen</b>	456	
<b>9</b>	<b>SOZIALGESETZBUCH</b>		
	<b>9. BUCH</b>		
	<b>REHABILITATION UND TEILHABE BEHINDERTER MENSCHEN</b>	459	
	<b>Allgemeines</b>	459	
	Behinderte Menschen	460	
	Leistungen zur Teilhabe	461	
	Prävention, Früherkennung und Frühförderung	466	
	<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>	468	
	Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“	470	
	Rehabilitationssport und Versehrtenleibesübungen	471	
	<b>Bildung für behinderte Menschen</b>	471	
	Berufsberatung	473	
	<b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</b>	474	
	Besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben	477	
	Werkstätten für behinderte Menschen	481	
	<b>Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft</b>	481	
	<b>Aufklärung, Auskunft und Beratung</b>	483	
	<b>Geschichtliche Entwicklung</b>	484	
	<b>10 SOZIALGESETZBUCH</b>		
	<b>10. BUCH</b>		
	<b>VERWALTUNGSVERFAHREN</b>	487	
	<b>Verwaltungsverfahren</b>	487	
	Allgemeine Vorschriften über das Verwaltungsverfahren	487	
	Bestandskraft von Verwaltungsakten	489	
	Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten	492	
	<b>Datenschutz</b>	493	
	Prinzipien des Sozialdatenschutzes	493	
	Datenerhebung	494	
	Datenspeicherung, -veränderung oder -nutzung	495	
	Datenübermittlung	495	
	Nutzungsbeschränkung beim Datenempfänger	497	
	Technisch-organisatorische Vorkehrungen zum Schutz von Sozialdaten	497	
	Datenschutzaufsicht und Rechte des Betroffenen	498	
	Sozialdatenschutzrechtliche Sondervorschriften	499	
	<b>11 SOZIALGESETZBUCH</b>		
	<b>11. BUCH</b>		
	<b>PFLEGEVERSICHERUNG</b>	501	
	<b>Historische Bedeutung</b>	501	
	Umbau des Sozialstaates	501	
	Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit vor Einführung der Pflegeversicherung	501	

<b>Grundzüge der gesetzlichen Pflegeversicherung</b>	502	<i>Zusätzliche Betreuungsleistung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz</i>	516
Umfassende Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung	502	<i>Pflegehilfsmittel und technische Hilfen</i>	516
Die soziale Pflegeversicherung	503	<i>Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau der Wohnung</i>	516
Die private Pflegeversicherung	503	<i>Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen</i>	517
Stufenweises In-Kraft-Treten	504	<i>Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson</i>	517
Begriff der Pflegebedürftigkeit	504	<i>Leistungen bei stationärer Pflege</i>	518
Antragstellung Entscheidung durch die Pflegekasse, Begutachtung durch den Medizinischen Dienst	504	<i>Vollstationäre Pflege</i>	518
Die Leistungen der Pflegeversicherung	504	<i>Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe</i>	519
<i>Leistungen bei häuslicher Pflege</i>	504	<b>Allgemeine Leistungsgrundsätze</b>	519
<i>Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen</i>	505	Antragserfordernis	519
<i>Kurzzeit- und Tagespflege</i>	505	Vorversicherungszeit	519
<i>Stationäre Pflege</i>	505	Ruhen von Leistungsansprüchen	520
<i>Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen</i>	506	<i>Ruhen bei Auslandsaufenthalt</i>	520
<i>Finanzierung der Investitionskosten</i>	506	<i>Ruhen bei Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit</i>	520
<i>Anschubfinanzierung Ost</i>	506	<i>Ruhen bei häuslicher Krankenpflege, Krankenhausbehandlung und stationärer Rehabilitationsmaßnahme</i>	520
<i>Auswirkungen auf die Sozialhilfe</i>	506	Erlöschen der Leistungsansprüche	521
SGB XI - Änderungsgesetze	506	Wirtschaftlichkeitsgebot	521
<b>Versicherter Personenkreis</b>	506	Anpassung der Leistungen	521
Allgemeines	506	<b>Begriff und Stufen der Pflegebedürftigkeit</b>	521
Versicherungspflicht für Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	507	Begriff der Pflegebedürftigkeit	521
Versicherungspflicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	507	<i>Grundsätzliche Definition</i>	521
Versicherungspflicht von Personen, die weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse noch privat krankenversichert sind	507	<i>Leistungsvoraussetzung – Hilfebedarf auf Dauer</i>	522
Familienversicherung	508	<i>Ursachen der Pflegebedürftigkeit</i>	522
Befreiung von der Versicherungspflicht	509	<i>Die Hilfen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes</i>	522
Schutz vor Missbrauch der Solidargemeinschaft	509	<i>Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens</i>	522
Freiwillige Versicherung	509	Stufen der Pflegebedürftigkeit	523
Beitrittsrecht	510	<i>Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)</i>	523
Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages	511	<i>Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)</i>	523
<b>Die Leistungen der Pflegeversicherung</b>	511	<i>Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)</i>	523
Allgemeines	511	Pflegebedürftige Kinder	524
Leistungen bei häuslicher Pflege	512	Zeitaufwand für die Pflege	524
<i>Pflegesachleistung</i>	512	Feststellung der Pflegebedürftigkeit	524
<i>Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen</i>	513	<i>Antragsverfahren und Entscheidung</i>	524
<i>Kombination von Geldleistung und Sachleistung – Kombinationsleistung –</i>	514	<i>Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung</i>	525
<i>Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson</i>	514	<i>Neue Fachkräfte im medizinischen Dienst</i>	525
<i>Tages- und Nachtpflege</i>	515	<b>Organisation der sozialen Pflegeversicherung</b>	525
<i>Kurzzeitpflege</i>	515		

# Inhaltsverzeichnis

<b>Finanzierung der Pflegeversicherung</b>	527	Unterkunft und Verpflegung	542
Umlageverfahren	527	Pflegesätze	543
Beitragssatz und Beitragsbemessungsgrenze	527	<i>Bemessungsgrundsätze für die Pflegever-</i>	
Bemessungsgrundlage	528	<i>gütung</i>	543
Beitragstragung und Beitragszahlung	528	<i>Pflegesatzverfahren</i>	544
Beitragszuschüsse	528	<i>Pflegesatzkommission</i>	545
Beitragsfreiheit	528	<i>Unterkunft und Verpflegung</i>	545
Finanzausgleich	529	<i>Zusatzleistungen</i>	545
<b>Die private Pflegepflichtversicherung</b>	529	Vergütung der ambulanten Pflege	546
Der versicherter Personenkreis	529	Gebührenordnung	546
Familienversicherung	530	Grundsätze der ambulanten Vergütungsregelung	546
Versicherungsfreiheit und Befreiungsrechte	530	Erste Vergütungsempfehlung der Spitzenver-	
Kontrolle der Einhaltung der Versicherungs-		<i>bände</i>	547
<i>pflicht</i>	530	Zweite Vergütungsempfehlung der Spitzenver-	
Beitrittsrecht	531	<i>bände</i>	547
<b>Leistungen</b>	531	Eckpunkte des neuen Vergütungssystems	548
Sozialverträgliche Rahmenbedingungen für die		<i>Vergütungsfähige Pflegeleistungen</i>	548
<i>Durchführung der privaten Pflegepflicht-</i>		<i>Leistungskomplexe</i>	548
<i>versicherung</i>	531	<i>Leistungsnachweis</i>	549
Beiträge	533	<i>Vergütung der Leistungskomplexe</i>	549
Beitragszuschüsse	533	<i>Betriebskostenzuschüsse</i>	549
Zuständiges Unternehmen	534	Pflegeeinrichtungsvergleich	550
Finanzausgleichssystem innerhalb der		Qualität der Pflegeleistungen	551
<i>privaten Pflegepflichtversicherung</i>	534	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	551
Zuständige Gerichtsbarkeit bei Streitigkeiten		Der Regelungsbereich des Heimgesetzes	552
<i>in Angelegenheiten der privaten Pflegepflicht-</i>		<b>Modellprogramm zur Verbesserung der</b>	
<i>versicherung</i>	535	<b>Versorgung Pflegebedürftiger</b>	553
<b>Vertrags- und Vergütungsrecht</b>	535	Schwerpunkte der Förderung	553
Beziehungen der Pflegekassen zu den		<i>Aufbau einer teilstationären Infrastruktur</i>	554
<i>Pflegeeinrichtungen</i>	535	<i>Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit</i>	554
<i>Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen</i>	536	<i>Qualifizierung von Pflegepersonal, Ärzten</i>	
<i>Versorgungsverträge</i>	536	<i>und pflegenden Angehörigen</i>	554
<i>Parteien des Versorgungsvertrages</i>	537	<i>Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen</i>	
<i>Zulassungsvoraussetzungen</i>	537	<i>von Pflegebedürftigen</i>	554
<i>Kündigung von Versorgungsverträgen</i>	538	<i>Förderung von modernen, wohnortnah</i>	
<i>Leistungs- und Preisvergleichsliste</i>	538	<i>gelegenen Pflegeeinrichtungen</i>	554
<i>Rahmenverträge und Bundesempfehlungen</i>	538	<i>Hospizeinrichtungen</i>	554
<i>Personalrichtwerte</i>	539	Ergebnisse der Modellmaßnahmen	554
<i>Häusliche Pflege durch Einzelpersonen</i>	539	Wissenschaftliche Begleitung	555
<i>Arbeitgebermodell</i>	540	Vorbildfunktion des Modellprogramms	555
<i>Wirtschaftlichkeitsprüfungen</i>	540	Impulse für den Arbeitsmarkt	555
<i>Leistungs- und Qualitätsvereinbarung</i>	540	Ausblick	555
Pflegevergütung	540	<b>Anschubfinanzierung Ost</b>	555
<i>Duales Finanzierungssystem</i>	540		
<i>Monistisches Finanzierungssystem</i>	541		
Investitionskosten	541	<b>12 SOZIALHILFE</b>	623
<i>Öffentlich geförderte Pflegeeinrichtungen</i>	541	<b>Aufgabe und Ziele der Sozialhilfe</b>	623
<i>Nicht geförderte Pflegeeinrichtungen</i>	542	Allgemeines	623
Leistungsgerechte Pflegevergütung	542	Aufgabe und Ziele	623

<b>Geschichte der Sozialhilfe und Entwicklung der Rechtsgrundlagen</b>	624	Erstattung grundsicherungsbedingter Mehrkosten durch den Bund	651
Vorläufer der Sozialhilfe	624	<b>Hilfen zur Gesundheit</b>	651
Von der Fürsorge zur Sozialhilfe - das Bundessozialhilfegesetz	624	Leistungsgewährung durch die Träger der Sozialhilfe	651
<b>Das neue Sozialhilferecht im SGB XII</b>	626	Leistungsgewährung durch die Krankenkassen gegen Kostenerstattung	652
Gründe für die Sozialhilfereform	626	<b>Eingliederungshilfe für behinderte Menschen</b>	653
Gesetzgebungsverfahren	626	Leistungsberechtigte und Aufgaben	653
Konzeption des SGB XII	627	Leistungen der Eingliederungshilfe	653
<b>Allgemeine Grundsätze der Sozialhilfe</b>	628	Besondere Regelungen für behinderte Menschen in Einrichtungen	654
<b>Leistungen der Sozialhilfe</b>	629	<i>Trägerübergreifendes Persönliches Budget</i>	654
<b>Grundsätze für Leistungen</b>	629	Aufgaben des Gesundheitsamts	655
Anspruch auf Leistungen	631	Gemeinsame Servicestellen	655
<b>Abgrenzung der Leistungsberechtigung</b>	632	<b>Hilfe zur Pflege</b>	655
Leistungsberechtigte Personen	632	Leistungsberechtigte und Leistungen	655
Einschränkungen der Leistungsberechtigung für im Inland lebende Personen	633	Häusliche Pflege	656
Einschränkungen der Leistungsberechtigung für im Ausland lebende Deutsche	634	Verhältnis der Hilfe zur Pflege zu anderen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	656
Erstattung von Aufwendungen, Beschränkung der Leistungshöhe und Aufrechnung	636	<b>Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten</b>	657
<b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b>	637	<b>Hilfe in anderen Lebenslagen</b>	658
Leistungsberechtigter Personenkreis	637	Hilfe zur Weiterführung des Haushalts	658
Notwendiger Lebensunterhalt	639	Altenhilfe	659
Pauschalierte Regelsatzleistungen, Darlehensgewährung und einmalige Bedarfe	639	Blindenhilfe	659
Bemessung der Regelsätze	640	Hilfe in sonstigen Lebenslagen und Bestattungskosten	659
Regelsatzverordnung und Festsetzung der Regelsätze durch die Länder	640	<b>Einrichtungen</b>	660
Kosten für Unterkunft und Heizung	642	Einrichtungen und Dienste	660
Mehrbedarfszuschläge	643	Inhalt, Abschluss und außerordentliche Kündigung von Vereinbarungen	660
Übernahme von Beiträgen für Kranken- und Pflegeversicherung sowie von Prämien weiterer Versicherungen	644	Rahmenverträge	661
Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen	645	Schiedsstelle	661
Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen	645	<b>Einsatz des Einkommens</b>	661
Darlehen bei vorübergehender Notlage	646	Begriff des Einkommens im SGB XII	662
Einschränkung der Leistung	646	Einsatz des Einkommens für Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel	663
<b>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</b>	646	Einkommensgrenzen für Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel	663
Vom eigenständigen Gesetz zum Vierten Kapitel SGB XII	646	<b>Einsatz des Vermögens</b>	666
Leistungsberechtigter Personenkreis	647	Allgemeiner Vermögenseinsatz	666
Leistungsumfang	648	Aufgeschobener Vermögenseinsatz durch Darlehensgewährung	668
Besonderheiten bei Vermögenseinsatz und Unterhaltsansprüchen	649	<b>Einschränkung der Anrechnung von Einkommen und Vermögen</b>	669
Besondere Verfahrensbestimmungen in der Grundsicherung	650		

# Inhaltsverzeichnis

<b>Berücksichtigung von Verpflichtungen anderer Personen und Sozialleistungsträger</b>	670	<b>14 SOZIALE SICHERUNG DER FREIEN BERUFE</b>	689
Übergang von Ansprüchen	670	<b>Soziale Sicherung der selbständigen Künstler und Publizisten</b>	689
Übergang von Unterhaltsansprüchen nach bürgerlichem Recht	670	Aufgabe und Entwicklung des Künstler-sozialversicherungsgesetzes	689
Feststellung von Sozialleistungen	671	Personenkreis	690
<b>Träger der Sozialhilfe</b>	671	Versicherungsverhältnis und Leistungen	691
Örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe	671	<b>Finanzierung</b>	692
Sonstige Zuständigkeitsregelungen	672	<b>Organisation</b>	693
<b>Kosten</b>	672	<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	694
Rückzahlung von Sozialhilfe	672	<b>Berufsständische Versorgungswerke</b>	694
Kostenerstattung zwischen den Trägern der Sozialhilfe	674	Aufgabe	694
Sonstige Regelung zur Kostenerstattung	674	Mitglieder	695
<b>Verfahrensbestimmungen</b>	674	Leistungen	695
Beteiligung sozial erfahrener Dritter	674	<i>Leistungen bei Alter</i>	696
Pflicht zur Auskunft	674	<i>Leistungen bei Berufsunfähigkeit</i>	696
Überprüfung durch automatisierten Daten-abgleich	675	<i>Leistungen an Hinterbliebene</i>	696
<b>Statistik</b>	675	<i>Sonstige Leistungen</i>	696
<b>Finanzierung und Kostenentwicklung</b>	676	<b>Organisation</b>	697
Finanzierung	676	<b>Finanzierung</b>	697
Kostenentwicklung	676	<b>Beratungsstellen und Auskunft</b>	697
<b>Rechtsschutz</b>	677	<b>Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer</b>	697
<b>Rechtsquellen</b>	678	Berufsständische Versorgungswerke	697
<b>13 ORGANISATION UND SELBSTVERWALTUNG</b>	679	Zusatzversorgung für Bezirksschornstein- fegermeister	698
<b>Organisation und Selbstverwaltung</b>	679	<b>15 SOZIALE SICHERUNG DER BEAMTEN</b>	699
Mitwirkung und Mitverantwortung	679	<b>Allgemeines</b>	699
Geschichtliche Entwicklung	680	<b>Beamtenversorgung</b>	700
Aufgabe und Funktion	680	Aufgabe des Beamtenversicherungsrechts	700
Versicherungsträger	680	Versorgungsberechtigte	701
Organe der Selbstverwaltung	681	Versorgungsarten	701
Sozialversicherungswahlen	682	<i>Ruhegehalt</i>	701
Vertreterversammlung	683	<i>Berechnung des Ruhegehalts</i>	702
Vorstand	684	<i>Ruhegehaltssatz</i>	702
Verwaltungsrat	684	<i>Altersteilzeit</i>	703
Ausschüsse	685	<i>Mindestruhegehalt</i>	703
Versichertenälteste	685	<i>Unterhaltsbeitrag</i>	704
Geschäftsführung	685	<i>Hinterbliebenenbezüge</i>	704
Vorstand in der Krankenversicherung	686	Unfallfürsorge	704
Aufsicht	686	<i>Sachschäden</i>	704
Selbstverwaltung – gelebte Demokratie	687	<i>Heilverfahren</i>	704
Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung	687		



<i>Unfallausgleich</i>	704	<i>Soziale Komponenten</i>	716
<i>Unfallruhegehalt</i>	705	<i>Versorgungspunkte für Zurechnungszeiten</i>	716
<i>Einmalige Unfallentschädigung</i>	705	<i>Versorgungspunkte für Zeiten des Mutter-</i>	
Versorgung von Beamten im einstweiligen		<i>schutzes/der Elternzeit</i>	716
Ruhestand	705	<i>Mindestversorgungspunkte</i>	717
Kindererziehungs- und Pflegezuschläge	706	<i>Bonuspunkte</i>	717
Vorübergehende Erhöhung des Ruhegehalts-		<i>Startgutschrift zum 31. Dezember 2001</i>	717
satzes	706	Anpassung der Betriebsrente	717
Jährliche Sonderzahlung	706	Vorzeitige Inanspruchnahme	717
Anpassung der Versorgungsbezüge	707	Hinterbliebenenversorgung	717
Anrechnung beim Zusammentreffen von Ver-		Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung	718
sorgungsbezügen mit sonstigen Einkünften	707	Abfindung	718
<i>Zusammentreffen von Versorgungsbezügen</i>		Beitragserstattung	718
<i>mit Einkommen</i>	707	Sterbegeld	718
<i>Zusammentreffen von mehreren Versorgungs-</i>		Übergangsrecht	719
<i>bezügen in einer Person</i>	708	<b>Finanzierung</b>	720
<i>Zusammentreffen von Versorgungsbezügen</i>		Steuerliche Förderung nach § 10 a EStG	
<i>mit Renten</i>	708	(„Riester-Rente“)	720
Versorgungsausgleich bei Ehescheidung	708	<b>Zusatzversorgung in den neuen Bundes-</b>	
<i>Nachversicherung</i>	709	<b>ländern</b>	720
Ausblick: Zukunft der Beamtenversorgung	709	<b>Organisation</b>	721
<b>Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und</b>		<b>Beratung</b>	721
<b>Geburtsfällen</b>	709	<b>Die Seemannskasse</b>	721
Beihilfeberechtigte Personen und berücksich-		Aufgabe	721
tigungsfähige Angehörige	709	Versicherte	721
<i>Höhe der Beihilfe</i>	709	<b>Leistungen</b>	722
Beihilfefähige Aufwendungen	709	Überbrückungsgeld	722
<i>Beihilfen im Krankheitsfall</i>	709	<i>Überbrückungsgeld auf Zeit</i>	722
<i>Beihilfen im Pflegefall</i>	710	<i>Wartezeit</i>	722
<b>Organisation/Zuständigkeiten</b>	710	<i>Beginn des Überbrückungsgeldes</i>	723
<b>Finanzierung</b>	710	<i>Höhe des Überbrückungsgeldes</i>	723
<b>Rechtsschutz</b>	711	<i>Wegfall des Überbrückungsgeldes</i>	723
<b>Rechtsquellen</b>	711	<i>Anrechnung von Leistungen auf das</i>	
<b>16 ZUSÄTZLICHE</b>		<i>Überbrückungsgeld</i>	723
<b>ALTERSVERSORGUNG</b>	713	<i>Krankenversicherung</i>	723
<b>Zusatzversicherung bei der Versorgungs-</b>		<i>Pflegeversicherung</i>	724
<b>anstalt des Bundes und der Länder</b>	713	<i>Rentenabschlagsausgleich</i>	724
Aufgabe	713	<i>Rentenabschlagsausgleichs-Einmalzahlung</i>	
Reform der Zusatzversorgung	713	<i>bei Vollendung des 65. Lebensjahres</i>	724
Tarifvertragliche Regelungen	714	<i>Sonderausgleich</i>	725
Versicherte	714	<i>Sonderausgleichs-Einmalzahlung bei Voll-</i>	
Freiwillige Versicherung	715	<i>endung des 65. Lebensjahres in 2006</i>	725
<b>Leistungen</b>	715	<b>Rechtliche Regelung in den neuen Bundes-</b>	
Wartezeit	715	<b>ländern</b>	726
Beginn und Ende der Betriebsrente	715	<b>Organisation</b>	726
Berechnung der Betriebsrente nach dem		<b>Finanzierung</b>	726
Punktemodell	715		

# Inhaltsverzeichnis

<b>Beratung</b>	726	Beihilfen	736
<b>Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung im Saarland</b>	726	<i>Wartezeit</i>	736
Aufgaben der Zusatzversicherung	726	<i>Beginn und Ende der Beihilfe</i>	736
Berechtigte	727	Ausgleichsleistung	737
Freiwillige Weiterversicherung	727	<b>Regelungen für die neuen Bundesländer</b>	738
<b>Leistungen</b>	727	<b>Organisation</b>	738
Umlageverfahren	727	<b>Finanzierung</b>	738
Wartezeiten für Renten aus der HZV	728	<b>Auskunft</b>	738
Berechnung der Zusatzrente	728		
<i>Stufenweise Absenkung des Rentenfaktors</i>	728	<b>17 ALTERSSICHERUNG DER LANDWIRTE</b>	739
Abfindung von Witwen- und Witwerrenten bei Wiederheirat	729	<b>Entstehungsgeschichte</b>	739
Beginn und Ende der Zusatzrenten	729	<b>Die wesentlichen Zielsetzungen der Agrarsozialreform</b>	740
Kapitalabfindung	729	Einführung einer eigenständigen Sicherung der Bäuerin	740
Beitragsersatzung	729	Beitragsfestsetzung und Beteiligung des Bundes	740
Kapitaldeckungsverfahren	729	Beitragsgerechtigkeit	740
Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung	730	Rentenberechnung	740
Wahlrecht	730	Überleitung der Alterssicherung der Landwirte auf die neuen Bundesländer	740
Übergangsregelungen	730	<b>Versicherter Personenkreis</b>	740
<b>Organisation</b>	730	Versicherungsfreiheit	742
<b>Finanzierung</b>	731	Befreiung von der Versicherungspflicht	742
<b>Steuerliche Förderung bei der Durchführung der HZV im Kapitaldeckungsverfahren</b>	731	Freiwillige Versicherung	742
<b>Beratung</b>	731	<b>Leistungen</b>	743
<b>Zusatzversorgung für Bezirksschornsteinfegermeister</b>	731	Renten wegen Alters	743
Aufgabe	731	Vorzeitige Altersrente	744
Berechtigte	732	Rente wegen Erwerbsminderung	744
<b>Leistungen</b>	732	Leistungen an Hinterbliebene	745
Dynamisierung der Versorgungsleistungen	733	Wartezeit	746
Anrechenbare Renten	733	Rentenrechtliche Zeiten	747
Mindestversorgung	733	<i>Beitragszeiten</i>	747
Hinterbliebenenversorgung	734	<i>Zurechnungszeit</i>	748
<b>Rechtliche Regelung in den neuen Bundesländern</b>	734	<i>Rentenbezugszeiten</i>	748
<b>Organisation</b>	734	<b>Berechnung der Renten</b>	748
<b>Finanzierung</b>	735	Berechnung der Renten für Versicherte	748
<b>Beratung</b>	735	<i>Rentenformel</i>	748
<b>Zusatzversorgung in der Land- und Forstwirtschaft</b>	735	<i>Anpassung</i>	749
Aufgabe	735	Berechnung der Rente an arbeitende Familienangehörige	749
Berechtigte	735	Abschläge vom allgemeinen Rentenwert bei Renten wegen Erwerbsminderung und Renten wegen Todes ab 1. Januar 2001	750
<b>Leistungen</b>	736		



Begrenzung des Rentenbetrags aus den dem Ehegatten beitragsfrei angerechneten Beitragsjahren des Landwirts	750	Übergangszeiten	763
Berechnung der Renten für Hinterbliebene	751	Freiwillige Dienste	763
Berechnung der Renten nach Übergangsrecht	752	Fehlender Ausbildungsplatz	763
Übergangsrecht und eigenständige Sicherung der Bäuerin	753	Wehr- und Zivildienst	763
Berechnung der Renten für Hinterbliebene nach Übergangsrecht	753	Wegfall bei Einkünften und Bezügen	763
Rehabilitationsleistungen	754	Zeitliche Aufteilung	764
Zuschüsse zum Beitrag	754	Höhe des Kindergeldes	764
<b>Organisation</b>	755	Staffelung des Kindergeldes	764
<b>Finanzierung</b>	756	Zahl- und Zählkinder	764
Festsetzung des Beitrags	756	Aufenthaltort des Kindes	764
Bundeszuschuss	756	Anrechnung von Leistungen	765
<b>Beratungsstellen und Auskunft</b>	757	Kinderzuschlag	765
<b>Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer</b>	757	<b>Organisation und Verfahren</b>	765
Versicherungspflicht des als Ehegatten versicherten Landwirts	757	Zuständige Stellen	765
Befreiung von der Versicherungspflicht	757	<i>Familienkassen</i>	765
Wartezeit	757	<i>Öffentlicher Dienst</i>	766
Beitragsfreie Anrechnung von Beitragsjahren für den Ehegatten des Landwirts	757	Aufsicht	766
Berechnung der Hinterbliebenenrenten	758	Verfahren	766
Festsetzung des allgemeinen Rentenwerts	758	<i>Antrag</i>	766
Höhe des Beitrags	758	<i>Örtliche Zuständigkeit</i>	766
Höhe der Beitragszuschüsse	758	Auszahlung des Kindergeldes	766
<b>18 FAMILIENLEISTUNGS-AUSGLEICH</b>	759	<b>Finanzierung</b>	766
<b>Familie und Kinder als Aufgabe des Sozialrechts</b>	759	<b>Beratungsstellen und Auskunft</b>	767
Soziale Hilfen	759	<b>Erziehungsgeld und Elternzeit im Bundeserziehungsgeldgesetz</b>	767
Familienleistungsausgleich	759	Einführung	767
<b>Kindergeld</b>	760	Aufgaben	767
Berechtigte	760	Berechtigte	767
Unbeschränkte Steuerpflicht	760	Voraussetzungen für den Anspruch auf Erziehungsgeld	768
Staatsangehörigkeit	760	Ausländer	768
Berücksichtigte Kinder / Begriff des Kindes	761	Personensorge und Betreuung	768
Örtliche Voraussetzungen	761	Keine volle Erwerbstätigkeit und Entgeltersatzleistungen	769
Rangfolge der Kindergeldberechtigung	762	Besondere Härtefälle	769
Altersgrenzen für das Kindergeld	762	Erziehungsgeld und Mutterschaftsgeld	769
18. Lebensjahr	762	Sozialhilfe und andere einkommensabhängige Sozialleistungen	769
21. Lebensjahr	762	Antrag und Bewilligung	769
27. Lebensjahr	762	Leistungen	769
Schul- und Berufsausbildung	762	Einkommensgrenzen für das volle und gekürzte Erziehungsgeld (Regelbetrag und Budget)	770
		<i>Einkommensgrenzen</i>	770
		<i>Minderungsquoten ab dem siebten Lebensmonat</i>	770
		<i>Berechnung des Einkommens</i>	770
		Elternzeit und Teilzeitarbeit	771
		Wirkungen der Elternzeit	771

# Inhaltsverzeichnis

Inanspruchnahme der Elternzeit und Teilzeitarbeit	771	<i>Berechtigter Personenkreis</i>	790
<b>Die zuständigen Erziehungsgeldstellen und ihre Aufsichtsbehörden</b>	772	Förderungsvoraussetzungen	790
<b>Landeserziehungsgeld</b>	773	<i>Ausbildungsstätten</i>	790
<b>Unterhaltsvorschuss</b>	774	<i>Sprachkenntnisse</i>	790
Berechtigte	774	Fallgruppen der Auslandsförderung	791
Leistungshöhe	774	<i>Studienaufenthalte in einem Land der Europäischen Union</i>	791
Leistungszeitraum	775	<i>Studienaufenthalte außerhalb der Europäischen Union</i>	791
Übergang von Unterhaltsansprüchen	775	<i>Grenzüberschreitende integrierte Studiengänge</i>	794
Ausgaben und Einnahmen	775	<i>Auslandspraktikum</i>	794
<b>Verfahren</b>	775	<i>Praktika außerhalb Europas</i>	794
<b>19 BUNDESGESETZ ÜBER INDIVIDUELLE FÖRDERUNG DER AUSBILDUNG; BILDUNGSKREDIT UND AUFSTIEGS-FORTBILDUNGS-FÖRDERUNG</b>	777	Leistungshöhe	794
<b>Leitgedanken</b>	777	Förderung vollständiger Auslandsausbildungen	796
<b>Entwicklung der Ausbildungsförderung</b>	777	Antragsverfahren	796
<b>Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften</b>	783	<i>Verzeichnis der Ämter für Ausbildungsförderung, die für die Förderung einer Ausbildung außerhalb der Bundesrepublik zuständig sind</i>	796
<b>Deutsche Einheit</b>	783	Förderungsvoraussetzungen in besonderen Fällen	798
<b>Aufgaben der Ausbildungsförderung</b>	784	<i>Förderung einer weiteren Ausbildung (Zweit-, Ergänzungs- oder Vertiefungsausbildung)</i>	798
Allgemeines	784	<i>Bachelor- oder Bakkalaureusstudiengang</i>	801
Betriebliche oder überbetriebliche Ausbildungen	784	<i>Ausbildungsförderung nach einem Fachrichtungswechsel oder dem Abbruch einer früheren Ausbildung</i>	801
Weitere Regelungen individueller Ausbildungsförderung	785	Verlängerung der Förderungsdauer	803
<i>Arbeitsförderung (SGB III)</i>	785	<i>Besonderheiten bei der Verlängerung der Förderungshöchstdauer bei Schwangerschaft</i>	803
<i>Kriegsopferversorgung</i>	785	Persönliche Voraussetzungen für den Bezug von BAFöG-Leistungen	804
<i>Kriegsfolgengesetze</i>	785	<i>Staatsangehörigkeit</i>	804
<i>Berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation</i>	785	<i>Eignung</i>	804
<i>Jugendhilfe</i>	785	<i>Altersbegrenzung</i>	804
<i>Hochbegabtenförderung</i>	785	Ausnahmeregelungen	804
<i>Schülerförderung</i>	786	Örtlich und sachliche Zuständigkeit für eine Vorabentscheidung	805
Ausnahme	787	Antrag	805
Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer zwischen dem 01.01.1991 und 31.03.2001	787	<b>Leistungen</b>	805
<b>Das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG)</b>	789	Förderungsarten	805
Personenkreis	789	Bedarf	805
Förderungsfähige Ausbildung	789	<i>Sonderbedarf für besondere Aufwendungen</i>	807
<i>Grundsatz</i>	789	Kranken- und Pflegeversicherungszuschläge	807
Ausbildung im Ausland	790	Internatsunterbringung	807
		Zusatzleistungen bei Ausbildung im Ausland	807
		<i>Anrechnung von Einkommen und Vermögen</i>	809
		<i>Anzurechnendes Einkommen</i>	809
		<i>Bewilligungszeitraum</i>	811
		Elternunabhängige Förderung	811

<i>Zweiter Bildungsweg</i>	811	Kreditvergabe und Alter	824
<i>Altersgrenze (30. Lebensjahr vollendet)</i>	811	Begrenzung der Inanspruchnahme	824
<i>Zeiten der Erwerbstätigkeit</i>	811	Förderung einer Ausbildung im Ausland	824
<i>Elternunabhängige Förderung bei unbekanntem Aufenthaltsort der Eltern</i>	812	Bildungskredit und BAföG	824
Eltern-Rechnung	813	Beantragung des Bildungskredits	824
Einkommen des Auszubildenden	813	Rückzahlung des Bildungskredits	824
<i>Anrechnung von Vermögen</i>	814	<b>Aufstiegsfortbildungsförderung (AFBG)</b>	824
Zahlungsdauer	815	Statistiken aus den Berichten der Bundesregierung	826
Hilfe zum Studienabschluss	815	Anschriften der Ämter für Ausbildungsförderung an Universitäten	829
Darlehen	815		
<i>Verzinsliches Bankdarlehen</i>	815		
<i>Bedingungen für Gewährung und Tilgung von verzinslichen Bankdarlehen</i>	816	<b>20 WOHNUNGSGELD</b>	843
<i>Unverzinsliches Staatsdarlehen</i>	816	<b>Aufgaben des Wohngeldgesetzes</b>	843
Einziehung	817	Entwicklung des Wohngeldrechts	843
Ratenzahlung	817	Änderungen ab 01.01.2005	844
Rückzahlungsbeginn und Rückzahlungszeitraum	817	<b>Allgemeines</b>	844
Mitteilungspflicht	817	<b>Antragstellung, Berechnung und Bewilligung des Wohngeldes</b>	844
Freistellung von der Rückzahlungsverpflichtung	817	Arten des Wohngeldes	844
Freibetrag	817	Personenkreis	844
Darlehenssteilerlass	817	Antragberechtigung	845
<i>bei überdurchschnittlichem Studienerfolg</i>	817	Größe des Haushalts	845
<i>bei vorzeitigem Studienabschluss</i>	818	Gesamteinkommen	846
<i>bei Weiterförderung über die Förderungshöchstdauer hinaus wegen einer Behinderung</i>	819	Jahreseinkommen	846
<i>bei Kindererziehung und -betreuung</i>	819	Pauschale Abzugsbeträge	847
<i>bei vorzeitiger Darlehensrückzahlung</i>	819	Frei- und Abzugsbeträge	847
Darlehensdeckelung	819	Miete und Belastung	848
Allgemeines BAföG-Berechnungsschema	819	Höchstbeträge für Miete und Belastung	849
<i>Freibeträge vom Einkommen für die Darlehensrückzahlung</i>	819	<i>Mietenstufen der Gemeinden</i>	849
<i>Einzelnes Berechnungsbeispiel</i>	819	<b>Höhe des Wohngeldes</b>	850
<i>Rundungsvorschriften</i>	820	Bewilligung und Auszahlung des Wohngeldes	851
Anpassung der Freibeträge, Bedarfssätze, Beträge und Vomhundertsätze und Höchstbeträge zur sozialen Sicherung	821	Wegfall des Wohngeldanspruchs	852
<b>Organisation</b>	821	<b>Zuständige Stellen</b>	852
<b>Finanzierung</b>	822	<b>Finanzierung</b>	852
<b>Auskunfts- und Beratungsstellen</b>	822	<b>Beratung und Auskunft</b>	852
<b>Rechtsschutz</b>	822	<b>Rechtsschutz</b>	852
<b>Rechtsquellen</b>	822	<b>Auszug aus dem Tabellenwerk</b>	853
<b>Literaturnachweise</b>	822	<b>21 SOZIALE LEISTUNGEN AN AUSLÄNDISCHE FLÜCHTLINGE - ASYL-BEWERBER-LEISTUNGSGESETZ</b>	861
<b>Bildungskredit</b>	822	<b>Grundrecht auf Asyl</b>	861
Aufgabe des Bildungskredits	822	Leistungen an ausländische Flüchtlinge vor dem 1. November 1993	862
Verfahren	822		
Anspruch auf Bildungskredit	823		
Förderung und Staatsangehörigkeit	823		

# Inhaltsverzeichnis

Schaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes	862	<i>Bemessung der Kriegsschadenrente</i>	879
<i>Erstes Änderungsgesetz</i>	863	Unterhaltshilfe	879
<i>Zweites Änderungsgesetz</i>	863	<i>Höhe</i>	879
<i>Zuwanderungsgesetz</i>	863	<i>Sonderregelungen für ehemals Selbständige</i>	880
Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	864	<i>Anpassung der Unterhaltshilfe</i>	880
<b>Wesentliche Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes</b>	864	<i>Krankenversorgung, Pflegeversicherung und Sterbevorsorge</i>	881
Leistungsberechtigte gemäß § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes	864	Entschädigungsrente	881
Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 3	866	<i>Voraussetzungen und Höhe</i>	881
Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt gemäß § 4	867	<i>Anpassung der Einkommensgrenzen</i>	882
Sonstige Leistungen gemäß § 6	868	<i>Krankenversorgung, Sterbegeld und Pflegeversicherung</i>	882
Arbeitsgelegenheiten gemäß § 5	869	Sonstige Vorschriften zur Kriegsschadenrente	882
Nachrangigkeit der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 8	869	Laufende Beihilfen	882
Einsatz von Einkommen und Vermögen gemäß § 7	869	<b>Organisation</b>	883
Meldepflicht gemäß § 8 a	870	<b>Finanzierung</b>	883
Sicherheitsleistungen gemäß § 7a	870	Abschluss	884
Dauer des Bezugs der abgesenkten Leistungen	870	<b>Rechtsquellen</b>	884
Anspruchseinschränkung gemäß § 1a	870	<b>Regelungen für die neuen Bundesländer</b>	884
Leistungen im Falle des Verstoßes gegen räumliche Beschränkungen gemäß § 11 Abs. 2	871	Vertriebenenzuwendungsgesetz	886
Durchführung, Zuständigkeit und Kosten-erstattung gemäß §§ 10, 10a und § 10b	871	<b>23 HILFEN FÜR SPÄTAUSSIEDLER</b>	887
Verhältnis zu anderen Bestimmungen	872	<b>Aufgabe der Leistungen</b>	887
Asylbewerberleistungsstatistik gemäß § 12	872	Leistungszweck	887
<b>Zuständige oberste Landesbehörden in den Bundesländern</b>	873	<b>Personenkreis</b>	887
<b>Leistungen an Ausländer nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)</b>	873	Vertriebene	888
		Spätaussiedler	888
		Kriegsgefangene	888
		Heimkehrer	889
		Ehemalige politische Häftlinge	889
		<b>Leistungen</b>	889
		Aufnahmehilfen	889
		Kosten der Reise nach Deutschland	889
		Leistungen bei Arbeitslosigkeit	889
		Leistungen bei Krankheit	889
		Rentenleistungen	890
		Hilfen zur beruflichen Eingliederung	890
		Existenzgründungshilfen	891
		Entschädigungen	891
		<b>Organisation und Verfahren</b>	891
		<b>Finanzierung</b>	892
		<b>Beratungsstellen und Auskunft</b>	892
		Rechtsgrundlagen	892

<b>24 KRIEGSOPFERVERSORGUNG/ SOZIALE ENTSCHÄDIGUNG BEI GESUNDHEITSSCHÄDEN</b>	893	<b>Verfahren</b>	913
<b>Einführung</b>	893	<b>Finanzierung</b>	914
Berechtigte	895	<b>Organisation</b>	914
Soziale Entschädigung nach dem Bundes- versorgungsgesetz	895	<b>Rechtsquellen</b>	914
Soziale Entschädigung nach anderen Gesetzen	897	<b>25 INTERNATIONALE SOZIALE SICHERUNG</b>	915
Leistungen	900	<b>Ausgangslage</b>	915
Leistungen für Beschädigte	901	<b>Historische Entwicklung</b>	916
<i>Heilbehandlung</i>	901	Gründung der Europäischen Wirtschafts- gemeinschaft	917
Renten für Beschädigte	903	Der Weg zur Europäischen Union	918
<i>Grundrente</i>	903	<b>Die einzelnen Instrumente der Sozialen Sicherheit</b>	921
<i>Schwerstbeschädigtenzulage</i>	904	Instrumente der Internationalen Arbeitsorga- nisation (IAO)	921
<i>Abgeltung des wirtschaftlichen Schadens</i>	904	VN, OECD und OSZE	922
<i>Ausgleichsrente</i>	905	Instrumente des Europarats	922
<i>Ehegattenzuschlag</i>	905	<b>EG-Recht und zwischenstaatliche Abkommen</b>	923
<i>Kinderzuschlag</i>	905	EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und 574/72	926
<i>Berufsschadensausgleich</i>	905	EG-Abkommen mit der Schweiz, das so genannte vierseitige Abkommen und das Rheinschiffer- übereinkommen	929
Ausgleich schädigungsbedingter Mehrauf- wendungen	907	Die Abkommen mit den Anwerbeländern	929
<i>Pflegezulage</i>	907	Abkommen mit den Auswanderungsländern	930
<i>Blindenführzulage</i>	907	Polen	930
<i>Ersatz für Kleider- und Wäscheverschleiß</i>	907	Südtirolabkommen	931
Kriegsopferfürsorge	907	Japan, Korea und China	931
<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben     und ergänzende Leistungen</i>	908	Weitere osteuropäische Staaten	932
<i>Erziehungsbeihilfe</i>	908	<b>Finanzielles</b>	932
<i>Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt</i>	908	<b>Durchführung des EG-Rechts und der zwischenstaatlichen Abkommen</b>	933
<i>Hilfe zur Pflege</i>	908	<b>Beratung der Versicherten und der Berechtigten</b>	933
Leistungen für Hinterbliebene	908	<i>Verbindungsstellen und zuständige Träger für     die Durchführung der Verordnungen der     Europäischen Gemeinschaft und der     Abkommen über Soziale Sicherheit</i>	934
<i>Leistungen für Witwen</i>	908	Zuständige Träger	934
<i>Krankenbehandlung für Witwen</i>	908	<b>Rechtliche Grundlagen</b>	935
<i>Grundrente</i>	908	Mehrseitige Rechtsgrundlagen	935
<i>Ausgleichsrente</i>	909	<i>Internationale Arbeitsorganisation</i>	935
<i>Schadensausgleich</i>	909	<i>Vereinte Nationen</i>	935
<i>Pflegeausgleich</i>	909	<i>Europarat</i>	935
<i>Andere Leistungen</i>	910	<i>Gemeinschaftsrechtliche Regelungen     (EG/EWR)</i>	935
Leistungen für Waisen	910		
Leistungen für Eltern	911		
Sonstige Leistungen	911		
<i>Bestattungsgeld</i>	911		
<i>Sterbegeld</i>	911		
<i>Kapitalabfindung</i>	911		
<i>Härteausgleich</i>	911		
Zusammentreffen von Leistungen und Ruhen von Ansprüchen	912		
Anpassung der Versorgungsbezüge	912		
Beginn, Änderung und Ende der Versorgung	912		
Versorgung von Kriegsopfern im Ausland	912		

# Inhaltsverzeichnis

<i>Innerstaatliche Rechtsvorschriften zur Durchführung von EG-Recht</i>	936
Sonstige mehrseitige Abkommen	936
Zweiseitige Verträge	936

## **26** SOZIALGERICHTSBARKEIT 939

<b>Allgemeine Hinweise</b>	939
----------------------------	-----

<b>Aufbau und Besetzung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit</b>	939
--	-----

<b>Übersicht über die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit</b>	940
--	-----

<b>Richteramt</b>	941
-------------------	-----

Aufgaben der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit	942
---	-----

<b>Das Verfahren vor den Sozialgerichten</b>	943
--	-----

Die Klageerhebung	943
-------------------	-----

Zulässigkeit der Klage	943
------------------------	-----

Klagearten	945
------------	-----

Einstweiliger Rechtsschutz	945
----------------------------	-----

<b>Allgemeine Grundsätze des Verfahrens</b>	945
---	-----

Verfahrensabschluss ohne gerichtliche Entscheidung	946
--	-----

Verfahrensabschluss durch Gerichtsbescheid	947
--	-----

Verfahrensabschluss durch Urteil	947
----------------------------------	-----

<b>Berufungsverfahren</b>	947
---------------------------	-----

<b>Revisionsverfahren</b>	948
---------------------------	-----

<b>Kosten des Verfahrens</b>	949
------------------------------	-----

Prozesskostenhilfe	949
--------------------	-----

<b>Gesetzliche Grundlagen</b>	950
-------------------------------	-----

## **27** SOZIALBUDGET 951

<b>Aufgaben und Entwicklung des Sozialbudgets</b>	951
---	-----

<b>Sozialbudget und gesamtwirtschaftliche Entwicklung, Sozialleistungsquote</b>	951
---	-----

Das funktionale Sozialbudget	954
------------------------------	-----

Das institutionelle Sozialbudget	955
----------------------------------	-----

<b>Die Finanzierung der sozialen Sicherung</b>	955
--	-----

Finanzierungssaldo	957
--------------------	-----

<b>Das Europäische Sozialbudget</b>	958
-------------------------------------	-----

<b>STICHWORTVERZEICHNIS</b>	961
-----------------------------	-----

<b>VERZEICHNIS DER AUTOREN</b>	982
--------------------------------	-----

# Einführung

## Sozialrecht – Mythen oder Fakten

1 Sozialrecht – darüber lesen wir täglich in den Zeitungen. Oft ringen populistische Schlagzeilen um die Aufmerksamkeit der Leserinnen und Leser. Und nicht selten verzerren solche Schlagzeilen die Wirklichkeit. Mit dem vorliegenden Band „Übersicht über das Sozialrecht“ besteht die Chance, sich umfassend über das soziale Netz in Deutschland zu informieren und dann zu urteilen.

Deutschland verfügt über einen hochentwickelten Sozialstaat. Von der Geburt bis ins Alter stellt der Sozialstaat Unterstützung für die Bürgerinnen und Bürger bereit. All dies ist aber keinesfalls selbstverständlich. Man darf nicht vergessen: all die sozialen Leistungen müssen erwirtschaftet werden. Nur wenn Deutschland es schafft, auf die Herausforderungen der globalisierten Weltwirtschaft die richtigen Antworten zu geben, wenn die deutsche Wirtschaft weiterhin zu den führenden der Welt gehört, dann werden wir uns unseren Wohlstand und damit ein hohes soziales Niveau weiterhin leisten könnten. Soziale Leistungen fallen nicht vom Himmel, sie müssen erarbeitet werden.

## Ein wenig Geschichte ...

2 Im 19. Jahrhundert begann die Absicherung der Bevölkerung gegen soziale Risiken. Schon vor einer systematischeren Sozialgesetzgebung gab es freiwillige genossenschaftliche und kommunale Hilfs- und Unterstützungskassen. Dann organisierte Bismarck mit seiner Sozialgesetzgebung erstmals in großem Umfang eine soziale Absicherung gegen die größten Lebensrisiken. Diese Gesetze aus der Kaiserzeit bildeten die Grundlage einer sozialpolitischen Entwicklung, die sich in der Weimarer Republik fortsetzte und an die die junge Bundesrepublik Deutschland nach der Überwindung der Hitler-Diktatur wieder anknüpfen konnte.

Die Gesetze zur Krankenversicherung von 1883, zur Unfallversicherung von 1884 und zur Invaliditäts- und Alterssicherung von 1889 waren die Anfänge staatlicher Sozialpolitik. Während damals nur ein Fünftel aller Erwerbstätigen und ein Zehntel der Bevölkerung von der Sozialgesetzgebung erfasst wurden, sind heute nahezu 90% der Bevölkerung in den Schutz der sozialen Sicherung einbezogen. Das soziale Sicherungssystem, das 1927 um den wichtigen Bereich der Arbeitslosenversicherung ergänzt wurde, hat bis heute überdauert. Erst 1995 wurde es durch eine fünfte Säule, die Pflegeversicherung, komplettiert.

Es hat aber auch tiefe Einschnitte erlebt – die Inflation von 1923, die Wirtschaftskrise Anfang der 30er Jahre oder den Zusammenbruch nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Anerkennung der sozialen Marktwirtschaft und der Aufbau eines starken sozialen Netzes ist in Deutschland Ausdruck eines tiefgreifenden gesellschaftlichen Konsenses, den alle wichtigen gesellschaftlichen Gruppen mittragen.

## Sozialstaat ist ein Produktivfaktor

3 Oft findet man in der sozialpolitischen Diskussion den Hinweis, dass sozialpolitische Maßnahmen die Unternehmen und die Steuerzahler zu sehr mit Kosten belasten. Der Sozialstaat müsse zurückgeschraubt werden, um ihn finanziell tragbar zu halten. Diese Sichtweise greift zu kurz. Denn es wird ignoriert, dass soziale Sicherheit gleichzeitig auch einen wichtigen Produktivfaktor einer Volkswirtschaft darstellt. Soziale Sicherheit führt zu einer hohen gesellschaftlichen Integration und damit zu sozialem Frieden. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sozial angemessen abgesichert sind, sind höher motiviert und besser in der Lage, in den Betrieben produktiv tätig zu sein. Ohne soziale Absicherungen gäbe es mehr Armut und soziale Konflikte. Es ist kein Wunder,



dass in Deutschland die Zahl der durch Arbeitskämpfe verlorenen Arbeitsstunden im internationalen Vergleich relativ gering ist. Letztlich könnte man sagen: wer die Fähigkeit hätte, im Modellbaukasten eine Gesellschaft und ihren Staat von Grund auf neu zu konzipieren, der würde ein starkes soziales Element einbauen.

## **Soziale Sicherung und Gerechtigkeit – vom Grundgesetz gefordert!**

4 Das Sozialstaatsprinzip in Deutschland ist in Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes festgeschrieben und kann selbst durch eine Änderung des Grundgesetzes nicht aufgehoben werden. Das heißt, dass der Sozialstaat seinen Bürgern die Sicherung existenzieller Lebensbedingungen schuldet, dabei aber auch die Voraussetzungen für die Entfaltung von Freiheit zu sichern hat. Der Einzelne hat die Verantwortung für seine soziale Sicherung aktiv zu übernehmen. Der Sozialstaat fußt daher auf emanzipatorischen Grundelementen: Auf Leistung und Gegenleistung, Geben und Nehmen.

5 Um die Freiheit des Einzelnen zu wahren, ist es auch Aufgabe des Sozialstaats, die Kosten für die soziale Sicherheit für jeden Versicherten in einem vertretbaren Rahmen zu halten. Soziale Gerechtigkeit setzt schon bei der Einnahmeseite der Sozialversicherung an. Die Sozialpolitik muss ständig prüfen, was nötig und was entbehrlich ist, um die Beiträge möglichst gering zu halten. Was früher zur Behebung von verbreitetem Elend erforderlich war, muss heute nicht notwendigerweise sinnvoll sein. Durch den gesellschaftlichen Wandel können sich aber auch neue Notwendigkeiten ergeben. Bis zur Rentenreform des Jahres 1957 lag das Rentenniveau beispielsweise bei etwa 40 % des Nettoeinkommens. Das war zur Sicherung eines angemessenen Lebensstandards damals kaum ausreichend. Allerdings waren familiäre Bindung und Verantwortung ausgeprägter als heute. Um den einmal erreichten Lebensstandard im Alter aufrecht zu erhalten, war schon immer eine ergänzende private Absicherung sinnvoll. Denn die Differenzen zwischen letztem Arbeitseinkommen und Rente gab es damals wie heute. Eigenverantwortlichkeit ist deshalb auch in Zukunft ein wichtiges Gebot. Erstmals ist es seit 2002 möglich, ein staatlich gefördertes Altersvermögen aufzubauen, das hilft, diese Differenz so gering wie möglich zu halten.

## **Netzwerke der sozialen Sicherheit**

6 Der Sozialstaat Deutschland hat in dem Spannungsfeld zwischen staatlicher Fürsorge einerseits und Freiheit und Eigenverantwortung des Einzelnen andererseits ein umfassendes Netzwerk geknüpft. Die Sicherung des persönlichen Existenzminimums durch die Sozialhilfe und die Grundsicherung für Arbeitsuchende, die Absicherung von Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Invalidität und Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Sozialversicherung, Kindergeld und Erziehungsgeld, aber auch die Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer in den Betrieben sind neben vielen anderen Reformgesetzen Ausprägungen der Sozialstaatlichkeit. Die Sicherung dieser Netzwerke ist eine wichtige sozialstaatliche Aufgabe.

7 Innerhalb des Rahmens, der durch den Gesetzgeber vorgegeben ist, wird der Sozialstaat wesentlich durch nichtstaatliche Institutionen und durch deren Übernahme von Verantwortung geprägt. Dazu sei auf die Tarifvertragsparteien hingewiesen: Mit dem grundgesetzlichen Auftrag zur Gestaltung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen ausgestattet, haben sie durch vertragliche Vereinbarungen ein weit verzweigtes, auf die jeweilige Situation abgestimmtes Normenwerk geschaffen. Sie werden regelmäßig dort tätig, wo die Verantwortlichkeit des Staates aufhört – z. B. wenn es darum geht, betriebliche Alterssicherungssysteme zu entwickeln, die die staatlichen Systeme ergänzen. Da die Beteiligten die eigenen Interessen selbst ausbalancieren, ist es entbehrlich, dass der Staat tätig wird. Die Bedeutung der nichtstaatlichen Initiativen zeigt sich überall: Die freien Wohlfahrtsverbände mobilisieren in einem beträchtlichen Umfang privates Engagement und private Mittel für die Gemeinschaft. Auf dieses private Engagement ist der Sozialstaat Deutschland in höchstem Maße angewiesen, denn der Staat wäre hierzu kaum oder nur mit größter Mühe – jedenfalls aber nicht so effizient – in der Lage. Deshalb ist es wichtig, dass jedem Einzelnen bewusst ist, was er selbst für die Gemeinschaft mit ein wenig Zeit und Kraft leisten kann.

## **Möglichst wenig Staat ...**

8 Die einzelnen Zweige der Sozialversicherung sind keine Untergliederungen des Staates, sondern selbstverwaltete Institutionen. Gemeinschaftlich organisieren sie die Selbsthilfe in einer großen solidarischen



Risikogemeinschaft der Versicherten. Diese Solidargemeinschaft ergänzt die kleineren Gemeinschaften von Ehe und Familie, indem sie die Aufgaben übernimmt, die den Einzelnen oder die Familie überfordern. Diese Subsidiarität oder Nachrangigkeit ist das wesentliche Gliederungsprinzip sozialstaatlicher Solidarität. Sie führt zu einer Verzahnung der verschiedenen Kompetenz- und Verantwortungsebenen – der persönlichen und gemeinschaftlichen, der privaten und öffentlich-rechtlichen, der ehrenamtlichen und der professionalisierten. Auch diese subsidiär gegliederte Struktur des Sozialstaates hat sich historisch entwickelt: Die Sozialversicherung entstand in Etappen, genau wie sich die Sozialgesetzgebung Schritt für Schritt entwickelte und sich dabei an den jeweiligen Handlungsnotwendigkeiten orientierte.

9 Das Prinzip der Subsidiarität legt die Solidarität in die Hände möglichst kleiner Gemeinschaften, die sich als effektiver und stabiler erweisen als große Bürokratien und wenig anfällig gegen Missbrauch sind. In der Selbstverwaltung sind Sozialstaat und Demokratie durch die Mitwirkung von Versicherten und Arbeitgebern vereinigt. Sie ist daher ein wesentliches Element des Sozialstaates in einer freien Gesellschaft, das eine beachtliche soziale Produktivität entfaltet hat. Freie Tarifpartner stehen als Motor und Förderer von Vielfalt, Differenzierung und Kreativität immer vor der Herausforderung, auf neue Entwicklungen neue Antworten zu suchen. Sie sind damit unverzichtbarer Bestandteil einer Gesellschaft, die Demokratie und Sozialstaatlichkeit als ständigen Gestaltungsauftrag begreift.

## Reformen des Sozialstaates unabdingbar

10 Die Gesetzgebung stand und steht vor der großen Aufgabe, auf Grundlage von seit mehr als einem Jahrhundert bewährten Prinzipien die Sozialversicherung für die Zukunft fit zu machen, um auch für die künftigen Generationen soziale Sicherheit zu gewährleisten.

Wichtige Schritte wurden in den vergangenen Jahren angegangen, weitere Schritte liegen vor uns: Die Gesundheitsreform 2004 schafft für die Krankenkassen die Möglichkeit, die Beitragssätze zu senken und gleichzeitig die verfügbaren Mittel so zu konzentrieren, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten weiterhin gewährleistet bleibt.

Mit der Reform der Rentenversicherung im Jahr 2001 wurden die Weichen für eine staatlich geförderte ergänzende Altersvorsorge gestellt. Es wurde klargestellt, dass die gesetzliche Rentenversicherung zwar auch zukünftig die wichtigste Säule der Alterssicherung bleiben wird, dass aber ergänzende Eigenvorsorge in Zukunft unabdingbar ist.

Ende 2003 wurden weitere Maßnahmen beschlossen, um den Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung auch kurzfristig stabil zu halten. Das langfristig wirkende Kernstück der Reform ist der „Nachhaltigkeitsfaktor“, der den Anstieg der Renten neu einjustieren soll. Wichtige Zielgröße ist, dass im Jahr 2020 der Beitragssatz nicht über 20 Prozent und im Jahr 2030 nicht über 22 Prozent steigt. Außerdem soll die Bundesregierung ab 2008 in einem Vierjahresturnus dem Parlament über gegebenenfalls notwendige Maßnahmen berichten, falls das Rentenniveau in den Jahren 2020 oder 2030 unter eine bestimmte Zielmarke abzusinken droht.

Es wurden weitgehende Reformgesetze für den Arbeitsmarkt beschlossen, die in der Öffentlichkeit als die so genannten „Hartz-Gesetze“ bekannt sind. Die Arbeitsvermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit sollte effektiver gestaltet werden. Die bisherigen bedürfnisorientierten Leistungen der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe für Erwerbstätige wurden zu einer neuen Leistung, dem „Arbeitslosengeld II“, zusammengefasst. Dazu kamen sozialpolitisch vertretbare Auflockerungen beim Kündigungsschutz und bei der Möglichkeit der Befristung von Arbeitsverhältnissen.

Schließlich wurde das Sozialhilferecht in das Sozialgesetzbuch als dessen 12. Buch eingeordnet sowie modernisiert und weiterentwickelt.

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 sieht auch für das Sozialrecht Weiterentwicklungen vor. Für die gesetzliche Rentenversicherung sollen weitere Maßnahmen zur Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierung erfolgen. Dazu gehört die schrittweise, langfristige Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre. Auch plant man, die Rentenanpassungsformel mit dem Ziel fortzuentwickeln, bisher nicht realisierte Dämpfungen von Rentenanpassungen nachzuholen.

Für die Krankenversicherung nimmt sich die Koalition vor, die dauerhafte Leistungsfähigkeit durch die Schaffung stabiler Finanzstrukturen zu sichern. Vor

dem Hintergrund der unterschiedlichen Modellansätze, der „Solidarischen Gesundheitsprämie“ und der „Bürgerversicherung“, wird es darauf ankommen, Lösungen zu finden, die in beiden Lagern konsensfähig sind.

Die Reform der Pflegeversicherung steht auf der Tagesordnung, ebenso soll weiter daran gearbeitet werden, die Prävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen. Schließlich plant die Koalition, ein Konzept für eine Reform der Unfallversicherung zu entwickeln.

Im Recht der Arbeitslosenversicherung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind auf der Basis der bisherigen Reformen ebenfalls Weiterentwicklungen geplant. Der Prozess der Evaluierung der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen im Hinblick auf deren Wirksamkeit und Effizienz wird vorangetrieben und Ende 2006 Grundlage für weitere Maßnahmen darstellen. Ziel ist, die knappen Ressourcen möglichst konzentriert für einen erfolgreichen Kampf gegen die Arbeitslosigkeit einzusetzen.

## **Und wie sieht die Zukunft des Sozialstaates aus?**

*11* Der Sozialstaat muss den gesellschaftlichen Wandel reflektieren und ihn gestalten, er muss wirtschaftliche Dynamik und soziale Sicherheit miteinander verbinden. Der zunehmende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung stellt die sozialen Sicherungssysteme vor gewaltige Herausforderungen. Dabei darf der Sozialstaat die wirtschaftliche Dynamik nicht bremsen. Die Weltwirtschaft wächst mehr und mehr zusammen. Der grenzüberschreitende Personen-, Waren- und Dienstleistungsverkehr expandiert – nicht zuletzt durch eine zunehmende Nutzung des Internets – in einem Ausmaß, wie es vor wenigen Jahren noch unvorstellbar war. Diese Veränderungen haben auch Auswirkungen auf die Sozialpolitik. Von ihr wird erwartet, dass sie flexibel reagiert und sich den neuen Gegebenheiten anpasst. Der Wandel erfordert Behutsamkeit, da das System sozialer Sicherung auf dem Vertrauen von Millionen Bürgerinnen und Bürgern beruht, die ihre Lebensplanung auf dieses System abstellen.

*12* Alle Bürgerinnen und Bürger müssen im Rahmen der staatlichen Gesamtverantwortung zukünftig höhere Mitverantwortung für den Sozialstaat übernehmen. Damit ist nicht eine Privatisierung von Risiken gemeint, sondern ein aktives Mitwirken bei der verantwortungsvollen Nutzung knapper Ressourcen sowie die Gestaltung der eigenen langfristigen Vorsorge. Auch eine aktive Mitwirkung bei der Prävention, der Vorbeugung gegen soziale Risiken, wird zukünftig eine größere Bedeutung erlangen.

Die individuellen Bedürfnisse der Bürger und das Gesamtinteresse der Sicherungssysteme sind in ein sinnvolles Gleichgewicht zu bringen, um die Erfolgsgeschichte des Sozialstaates weiterzuführen. In der Alterssicherung wird eine höhere Eigenvorsorge unabdingbar sein. Im Gesundheitswesen kann die gleichmäßige medizinische Versorgung und Absicherung der Bevölkerung nur erhalten bleiben, wenn alle Beteiligten mitwirken, die Ressourcen effizient zu nutzen, überflüssige Leistungen zu vermeiden und insgesamt die knappen Ressourcen auf eine qualitativ hochstehende Versorgung zu konzentrieren. Die Reformen in der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung müssen dazu die notwendigen Rahmenbedingungen setzen.

## **Information und Mitgestaltung des Sozialstaates**

*13* Das Sozialrecht ist durch hohe Komplexität gekennzeichnet. Das mag auch daran liegen, dass die Leistungssysteme oft an neue Realitäten angepasst werden müssen und dass finanzielle Gesichtspunkte nicht selten ein Eingreifen des Gesetzgebers erfordern. Die Komplexität sollte nicht davor abschrecken, sich mit der Materie intensiv auseinanderzusetzen.

Die notwendige Gestaltung des Sozialstaates, die erforderlich ist, um ihn auch für die Zukunft fit zu erhalten, wird nur gelingen können, wenn sie durch die Bürgerinnen und Bürger aktiv unterstützt wird. Vielleicht kann der vorliegende Band einen Beitrag dazu leisten, indem er über die Vielfältigkeit der sozialen Sicherung informiert und damit die öffentliche Diskussion von den anfangs genannten Schlagzeilen weg zu einer sachlichen Debatte hinführt.

# 1

## Sozialgesetzbuch - 1. Buch Allgemeiner Teil

### Überblick über das Gesamtwerk

1 Das 1. Buch des Sozialgesetzbuchs ist dessen Allgemeiner Teil. Er enthält Vorschriften, die für sämtliche Sozialleistungsbereiche gelten. Zu seinem Verständnis ist es zweckmäßig, auf die Gesamtkonzeption des Sozialgesetzbuchs und seine Entstehungsgeschichte kurz einzugehen.

### Werdegang

2 Das Sozialrecht, das mit der Sozialgesetzgebung Bismarcks in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts seinen Anfang genommen hatte, war im Laufe der vielen Jahrzehnte immer unübersichtlicher geworden. Es wurde zudem komplizierter und durch viele Gesetzgebungs-Novellen wies es Unstimmigkeiten auf. Um hier Abhilfe zu schaffen, beauftragte bereits Bundeskanzler Adenauer vier Professoren, Vorschläge zu unterbreiten, um auf dem Gebiet des Sozialrechts mehr Transparenz zu erreichen. Im Mai 1955 legten die Professoren in der so genannten Rothensfelder Denkschrift den Gedanken vor, das Sozialrecht in einer Kodifikation zu vereinfachen. Diese Denkschrift wurde in der Sozialgesetzgebung nicht umgesetzt. Dennoch ist der Gedanke, das Sozialrecht in einem Gesetzbuch zusammenzufassen, wach geblieben. Er wurde im Jahre 1959 in das Godesberger Programm der SPD aufgenommen.

3 In der Regierungserklärung von Bundeskanzler Brandt vom Oktober 1969 wurde ausgeführt, dass die „Bundesregierung dem sozialen Rechtsstaat verpflichtet ist“ und „zur Verwirklichung dieses Verfassungsauftrags mit den Arbeiten für ein den Erfordernissen der Zeit entsprechendes Sozialgesetzbuch beginnen wird.“

4 Im März 1970 wurde diese Aussage der Regierungserklärung in einem Kabinettsbeschluss konkretisiert. Mit dem Sozialgesetzbuch, so wurde in dem Regierungsbeschluss niedergeschrieben, werde das Ziel

angestrebt, das Sozialrecht für die Bevölkerung überschaubarer zu machen und seine Durchführung für die Verwaltung zu vereinfachen. Dieses Ziel werde dadurch erreicht, dass jene Bereiche des Sozialrechts, die sozial- und rechtspolitische Gemeinsamkeiten aufwiesen, in dem Gesetzbuch zusammengefasst und dabei grundsätzlich alle gemeinsamen Tatbestände in einem Allgemeinen Teil dieses Gesetzbuchs geregelt würden.

5 Aufgrund dieses Kabinettsbeschlusses wurde 1970 eine Sachverständigenkommission von 30 Experten eingesetzt, die bis 1980 tätig gewesen ist. Sie hatte zu Beginn ihrer Tätigkeit vorgeschlagen, das Sozialgesetzbuch in zehn Bücher zu gliedern:

1. Buch – Allgemeiner Teil
2. Buch – Ausbildungsförderung
3. Buch – Arbeitsförderung
4. Buch – Sozialversicherung
5. Buch – Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden
6. Buch – Kindergeld
7. Buch – Wohngeld
8. Buch – Jugendhilfe
9. Buch – Sozialhilfe
10. Buch – Verwaltungsverfahren

Diese Gliederung hat vor allem im Bereich der Sozialversicherung entscheidende Abweichungen erfahren. Das 4. Buch umfasst nur noch die gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung. Die Krankenversicherung bildet das 5., die Rentenversicherung das 6. und die Unfallversicherung das 7. Buch. Das 9. Buch betrifft die Rehabilitation und andere Rechte behinderter Menschen. Die soziale Pflegeversicherung bildet das 11. Buch.

### Gegenwärtiger Umfang des Sozialgesetzbuchs

6 Bisher sind zahlreiche Gesetze zur Schaffung des Sozialgesetzbuchs in Kraft getreten. Das erste war

dasjenige über den Allgemeinen Teil aus dem Jahr 1975. Erhebliche Änderungen und Ergänzungen sind in anderen Gesetzen am Text des Sozialgesetzbuchs vorgenommen worden. Zu nennen ist hier vor allem das Renten-Überleitungsgesetz, das Vorschriften einfügte, die sich auf das Gebiet der ehemaligen DDR beziehen. Das 4. Buch über die Gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung trat 1977 in Kraft, das 5. Buch über die Krankenversicherung im Jahre 1989, das 6. Buch über die Rentenversicherung im Jahre 1992 und das 7. Buch über die Unfallversicherung am 1. Januar 1997. Das 8. Buch über die Kinder- und Jugendhilfe war zuvor schon 1991 in Kraft getreten. Das 10. Buch beruht auf zwei Gesetzen. Dessen erstes Kapitel „Verfahrensrecht“ und sein zweites Kapitel „Schutz der Sozialdaten“ wurden 1980 verkündet. Dieses Kapitel ist in völlig überarbeiteter Form 1994 in Kraft getreten. Das dritte Kapitel „Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihrer Beziehung zu Dritten“ trat am 1. Juli 1983 in Kraft. Im Mai 1994 wurde das Gesetz über die Pflegeversicherung verkündet, das das 11. Buch des Sozialgesetzbuches bildet. Es trat 1995, teilweise aber erst 1996 in Kraft. Am 1. Januar 1998 erlangte als 3. Buch das Recht der Arbeitsförderung Gesetzeskraft. Es löst das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) ab. Das 9. Buch über „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ ist seit 1. Juli 2001 in Geltung. Als 17. Gesetz zur Schaffung des Sozialgesetzbuchs wurde das Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 am 29. Dezember 2003 verkündet. Die mehr als 60 Paragraphen seines Artikels 1 bilden das SGB II, das ursprünglich für die Einordnung des Rechts der Bundesausbildungsförderung vorgesehen war. Das neue SGB II ist am 1. Januar 2005 in Kraft getreten. Als 18. Gesetz zur Schaffung des Sozialgesetzbuchs ist das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch als SGB XII am 30. Dezember 2003 verkündet worden. Es tritt ebenfalls am 1. Januar 2005 in Kraft. Mit den beiden neuen Büchern wird die Kodifikation rd. 2.700 Paragraphen umfassen. Es gibt in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland kein Gesetzeswerk von vergleichbarer Dimension und Bedeutung. Als mit den Arbeiten 1970 begonnen wurde, sprach der damalige Bundesarbeitsminister Arendt von einem Dschungel des Sozialrechts. Die Diskussionen über die Unübersichtlichkeit im Steuerrecht von heute rufen Erinnerungen an die Klagen über die Verworrenheit des Sozialrechts vor mehr als 30 Jahren wach. Eine große gestalterische Leistung

hat in diesem Rechtsgebiet mehr normative Klarheit und Ordnung hervorgerufen. Mit den verkündeten 12 Büchern sind die Arbeiten am Sozialgesetzbuch im Wesentlichen beendet.

7 Für die Leistungsgebiete, die noch nicht in das Sozialgesetzbuch eingeordnet sind, ist Artikel II § 1 SGB I von großer Bedeutung. Dort sind alle Sozialgesetze aufgezählt, die noch nicht kodifiziert sind. Es ist geregelt, dass diese Gesetze bis zu ihrer Einordnung als Teile des Gesetzbuchs gelten. Dies bedeutet, dass der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuchs und SGB X, nämlich die Bestimmungen über das Verfahrensrecht, den Sozialdatenschutz und die Zusammenarbeit der Leistungsträger, auf diese Gesetze bereits vor der Einordnung anwendbar sind. Hieraus folgt, dass die Daten beim Wohngeldamt auch vor der Integration des Wohngeldgesetzes in das Sozialgesetzbuch den Datenschutzvorschriften des Sozialgesetzbuchs unterliegen. Ebenso ist z. B. das Verwaltungsverfahrenrecht des Sozialgesetzbuchs auch vor der Einordnung durch die Ämter für Ausbildungsförderung anzuwenden.

## Soziale Rechte

8 Im Sozialgesetzbuch sind soziale Rechte normiert. Sie beziehen sich auf die Bildungs- und Arbeitsförderung, auf die Sozialversicherung und die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden (§§ 3 bis 5 SGB I). Sie erstrecken sich ferner auf den Anspruch auf Minderung des Familienaufwands und auf einen Zuschuss für eine angemessene Wohnung (§§ 6 und 7 SGB I). Außerdem gibt es Rechte auf Unterstützung durch die Jugendhilfe und Sozialhilfe sowie auf die Teilhabe behinderter Menschen (§§ 8 bis 10 SGB I). Wenngleich diese sozialen Rechte in allgemeiner Sprache formuliert worden sind, so dürfen sie doch nicht mit den Grundrechten des Grundgesetzes (GG) verwechselt werden. In Artikel 1 Abs. 3 GG ist bestimmt, dass die Grundrechte neben der Gesetzgebung die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht binden. Durch diese Bestimmung ist gewährleistet, dass die Grundrechte des Grundgesetzes nicht allgemeine Programmsätze bleiben. In § 2 SGB I ist demgegenüber festgelegt, dass aus den sozialen Rechten des Sozialgesetzbuchs Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden können, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile des Gesetzbuchs im einzelnen bestimmt sind. Der

Bürger kann sich also nicht auf die §§ 3 bis 10 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuchs berufen. In den besonderen Teilen und in den Gesetzen, die als Teile des Gesetzbuchs gelten, muss jeweils die Anspruchsgrundlage für soziale Rechte gesucht werden. Die praktische Bedeutung der §§ 3 ff SGB I ist im Gegensatz zu den Grundrechten des Grundgesetzes gering. Auch die Hoffnung des Gesetzgebers, die er in § 2 Abs. 2 SGB I ausgedrückt hat, dass nämlich die sozialen Rechte bei der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuches und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten seien, hat sich nicht erfüllt.

## Hilfen für den Bürger

9 Wenngleich es das Ziel des Gesetzbuchs ist, durch eine klare Gesetzessprache, eine genaue Begrifflichkeit und einen übersichtlichen Aufbau die gesetzlichen Vorschriften für den Bürger verständlich zu machen, so kann dennoch nicht übersehen werden, dass bei der hohen Kompliziertheit des sozialen Lebens in einem modernen Dienstleistungs- und Industriestaat das Sozialrecht für den Nichtfachmann nicht selten schwer verständlich bleibt. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat das Sozialgesetzbuch eine Reihe von Möglichkeiten geschaffen, durch die der Bürger seinen Wissensstand und die Kenntnis seiner Rechte und Pflichten verbessern kann.

### Aufklärung

10 Die Leistungsträger und ihre Verbände sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären (§ 13 SGB I). Diese Aufklärung umfasst vor allem die Unterrichtung der Bevölkerung über Rechtsänderungen auf dem Gebiet der Sozialleistungen. Sie kann durch Broschüren, Flugblätter, Verbandszeitschriften oder Anzeigen in der Presse erfolgen. Der Einzelne hat kein Recht auf Aufklärung. Die Aufklärung wendet sich an die Bevölkerung. Allerdings haftet der Leistungsträger oder Verband dafür, dass die Aufklärung von Unrichtigkeiten frei ist. Eine unrichtige Aufklärung kann u. U. zur Schadensersatzpflicht nach § 839 BGB führen.

11 Die Aufklärung berechtigt nicht, Mittel zur Selbstdarstellung der Leistungsträger zu verwenden. Wenn aber, wie bei den Krankenkassen, Träger miteinander im Wettbewerb stehen, so kann hiervon eine Ausnahme gemacht werden. Soll z. B. eine Betriebskrankenkasse gegründet werden, so können die von

einer solchen Gründung wahrscheinlich betroffenen Ortskrankenkassen sich an die Bevölkerung wenden und ihrerseits darlegen, welche Vorteile es haben würde, die Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse zu erhalten.

### Beratung

12 Noch wichtiger als die Aufklärung ist für den Einzelnen der Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch (§ 14 SGB I). Die Erteilung der Auskunft ist zwar kein Verwaltungsakt, da sie keine Regelung eines Einzelfalles darstellt. Ihre Verweigerung wird jedoch nach ständiger Rechtsprechung als Verwaltungsakt angesehen und kann durch Widerspruch und Klage angegriffen werden. Eine Beratung setzt im Allgemeinen das Ersuchen voraus, über die Rechte oder Pflichten und deren Bedeutung unterrichtet zu werden. Dennoch kann es Fallgestaltungen geben, in denen sich bei der Bearbeitung eines Einzelfalles zeigen kann, dass die Ausübung eines Rechts für den Betroffenen auf der Hand liegt, falls er diese Möglichkeit erkennt. In solchen Fallgestaltungen hat die Beratung auch ohne Nachsuchen durch den Betroffenen zu erfolgen.

#### Beispiel:

Ein Versicherter stirbt und hinterlässt eine Witwe und minderjährige Kinder. Falls die Witwe nur für sich Hinterbliebenenrente beantragt, nicht jedoch für die Kinder, so hat der Rentenversicherungsträger die Witwe oder ggf. einen sonstigen gesetzlichen Vertreter darauf hinzuweisen, dass die Kinder eventuell leistungsberechtigt sind und ein Antrag auf Rente für sie zu stellen sei.

13 Der Anspruch auf Beratung kann sich auch auf Einzelheiten des Rechts oder der Pflichten erstrecken. Der Versicherungsträger muss jedoch nicht so genannte „Optimierungsberechnungen“ durchführen, die dem Betroffenen mitteilen, welche der verschiedenen Möglichkeiten, die er bei der Ausgestaltung seiner Rechte hat, die wirtschaftlich ergiebigste ist.

14 Bei fehlerhafter Beratung kann, falls den öffentlich-rechtlichen Bediensteten ein Verschulden trifft, ein Schadensersatzanspruch nach § 839 BGB in Betracht kommen. Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht den so genannten „Herstellungsanspruch“ entwickelt (siehe z. B. Urteil vom 12.11.1980. SozR 1200 § 14 Nr. 9 Leitsatz 2 bis 4). Dieser Herstel-



lungsanspruch besagt, dass bei einer fehlerhaften Beratung die Folgen des Fehlers, so weit dies möglich ist, zu beseitigen sind. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob dem Träger bei der fehlerhaften Beratung ein Verschulden vorzuwerfen ist.

*15* Der Anspruch auf Beratung richtet sich gegen den zuständigen Leistungsträger. Anspruchsberechtigt sind diejenigen Personen, die in Deutschland ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt haben (§ 30 SGB I). Aufgrund internationaler oder übernationaler Vereinbarungen kann eine Beratung auch von Personen beansprucht werden, die ihren Wohnsitz in einem Vertragsland oder in einem Land der Europäischen Union haben.

Die Beratung kann mündlich, aber auch in schriftlicher Form erfolgen.

## **Auskunft**

*16* Nicht so umfangreich wie die Beratung ist die Auskunft. Sie erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für den Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle im Stande ist. Sie ist also nicht verpflichtet, ihrerseits Ermittlungen anzustellen (§ 15 SGB I). Auskunftsstellen sind die gesetzlichen Krankenkassen, zu denen auch die Ersatzkassen zählen. Auskunftsverpflichtet sind ferner die nach Landesrecht zuständigen Stellen. Die Länder haben entweder die Gemeinden schlechthin als Auskunftsstellen bestimmt, so z. B. in Nordrhein-Westfalen, oder die Landkreise und die kreisfreien Städte, wie dies in Rheinland-Pfalz erfolgt ist.

*17* Außerdem haben die Versicherungsämter, die bei den Gemeinden und anderen Gebietskörperschaften eingerichtet sind, in allen Angelegenheiten der Sozialversicherung Auskunft zu erteilen (§ 93 SGB IV). Sie haben Anträge auf Leistungen aus der Sozialversicherung entgegenzunehmen, auf Verlangen des Versicherungsträgers den Sachverhalt aufzuklären, Beweismittel beizufügen und Unterlagen unverzüglich an den zuständigen Versicherungsträger weiterzuleiten.

## **Antragstellung**

*18* Neben der Antragstellung bei den Versicherungsämtern besteht im Sozialgesetzbuch der Grundsatz, dass Anträge auf Sozialleistungen beim zuständi-

gen Leistungsträger zu stellen sind (§ 16 SGB I). Das Antragserfordernis ergibt sich im Bereich der Sozialversicherung für die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie für das Recht der Arbeitsförderung aus § 19 SGB IV, des Weiteren aus den einzelnen Leistungsgesetzen. Die Anträge können auch von allen anderen Leistungsträgern, von Gemeinden und von diplomatischen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen werden. Wird der Antrag bei einer dieser Stellen gestellt, obwohl sie nicht zuständig ist, gilt dennoch der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er eingegangen ist. Die Frist kann auf diese Weise gewahrt werden.

*19* Jugendliche sind nach § 36 SGB I schon in jungen Jahren handlungsfähig. Wer nach Vollendung des 15. Lebensjahres einen Antrag auf Sozialleistungen stellt, wird vom Gesetz als handlungsfähig angesehen. Er oder sie kann auch die Sozialleistung entgegennehmen. Der Leistungsträger soll jedoch den gesetzlichen Vertreter über die Antragstellung und die erbrachten Sozialleistungen unterrichten. Der gesetzliche Vertreter kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Leistungsträger die Handlungsfähigkeit des Jugendlichen einschränken. Vom Eingang der schriftlichen Mitteilung beim Leistungsträger an ist dieser hieran gebunden. Zu beachten ist, dass der gesetzliche Vertreter die Handlungsfähigkeit nur einschränken, nicht jedoch gänzlich aufheben kann.

## **Sozialleistungen und zuständige Leistungsträger**

*20* Der Gesetzgeber hat es bei der Vielzahl der Sozialleistungen als erforderlich angesehen, im Sozialgesetzbuch den Bürgern eine Wegweisung zu geben. In den §§ 18 bis 29 SGB I werden, gegliedert nach den wichtigsten Sachgebieten, alle Sozialleistungen stichwortartig aufgezählt.

Im Bereich der Arbeitsförderung sind dies die Berufsberatung einschließlich der Arbeitsmarktberatung sowie die Vermittlung in berufliche Ausbildungsstätten, die Arbeitsvermittlung, Zuschüsse und Darlehen zur Förderung der beruflichen Ausbildung sowie sonstiger Förderungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung, die einzeln genannt werden, ferner das Kurzarbeitergeld, das Arbeitslosengeld, die Arbeitslosenhilfe, Wintergeld in der Bauwirtschaft, Konkursausfallgeld sowie ergänzende Leistungen,

insbesondere Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (§ 19 SGB I).

In diese Kataloge werden sämtliche Änderungen, die durch Novellierungen eingetreten sind, aufgenommen. Neue Leistungen werden ergänzt, weggefallene Leistungen werden gestrichen, wie z. B. das Entbindungsgeld durch das GKV-Modernisierungsgesetz. Hierdurch sind diese Übersichten auf dem neuesten Stand der Gesetzgebung.

21 Bei den einzelnen Leistungskatalogen sind stets die zuständigen Leistungsträger genannt. Bei den Leistungen der Krankenversicherung werden als Träger die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Seekrankenkasse, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen (§ 21 Abs. 2 SGB I) aufgezählt.

Die neuen Behördenbezeichnungen im Bereich der Arbeitsverwaltung, z. B. „Agentur für Arbeit“ statt „Arbeitsamt“ wurden in das SGB eingearbeitet.

22 Die Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen finden sich allerdings nicht in den Vorschriften der §§ 18 bis 29 SGB I. Sie müssen in den besonderen Büchern des Sozialgesetzbuches und, soweit eine Einordnung noch nicht erfolgt ist, in den einzelnen Leistungsgesetzen, z. B. in dem Wohngeldgesetz ermittelt werden.

## Räumlicher Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs

23 In § 30 SGB I hat das im Sozialrecht aller Staaten geltende Territorialitätsprinzip seinen Ausdruck gefunden. Es besagt, dass die Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und damit aller Sozialgesetze grundsätzlich nur für die Personen gelten, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Durch den starken Zustrom von Asylbewerbern ist § 30 SGB I zu einer Vorschrift geworden, die erhebliche Schwierigkeiten in der Auslegung bereitet. Ein gewöhnlicher Aufenthalt kann nur angenommen werden, wenn der Betroffene sich nicht unrechtmäßig in Deutschland aufhält und eine im Grunde auf Dauer angelegte Erlaubnis zum Aufenthalt besitzt. Um Schwierigkeiten zu beseitigen, ist in § 1 des Bundeskindergeldgesetzes die Vorschrift aufgenommen worden, dass Ausländer, die sich ohne Aufenthaltsgenehmigung hier aufhalten, einen Anspruch auf Kindergeld nur haben, wenn sie nicht abgeschoben

werden können und mindestens 1 Jahr erlaubterweise ununterbrochen sich in Deutschland aufgehalten haben. Für das Bundeserziehungsgeldgesetz ist Anspruchsvoraussetzung bei einem Ausländer, dass er im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung oder Aufenthaltserlaubnis ist. Das gilt nicht für Ausländer, die von ihrem Arbeitgeber zur vorübergehenden Dienstleistung nach Deutschland entsandt worden sind. In den übrigen Sozialleistungsbereichen fehlt es noch an besonderen Vorschriften.

24 Darüber hinaus enthält das Sozialrecht zahlreiche Ausnahmen vom Wohnsitzgrundsatz in § 30 SGB I. So bestimmt z. B. § 3 SGB IV, dass jeder, der eine Beschäftigung im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs ausübt, den Vorschriften über die Versicherungspflicht in der Bundesrepublik Deutschland unterliegt. Hierbei kommt es nicht auf seinen Wohnsitz an. In § 1 Abs. 4 des Bundeserziehungsgeldgesetzes ist z. B. bestimmt, dass Grenzgängerinnen, wenn sie im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland arbeiten, Anspruch auf Erziehungsgeld haben.

## Sozialgeheimnis

25 Durch § 35 SGB I werden die Sozialdaten einem besonderen Schutz unterworfen. Sie unterliegen dem Sozialgeheimnis, das in etwa vergleichbar ist dem Steuergeheimnis und dem Postgeheimnis.

Geschützt werden die Sozialdaten. Dies sind Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer Person, die entweder sozialversichert ist, in einem Leistungsverhältnis mit einem Träger steht oder auf Grund von Mitwirkungspflichten Daten an den Leistungsträger geben musste. Anspruch auf den Schutz seiner Sozialdaten hat jede natürliche Person. Für Unternehmen ist der Sozialdatenschutz auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse ausgedehnt.

26 Der Anspruch auf Geheimhaltung der Sozialdaten richtet sich gegen die Leistungsträger, ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Künstlersozialkasse, den Renten Service der Deutschen Post AG der Deutschen Bundespost, gemeinsame Servicestellen, Integrationsfachdienste und die Aufsichtsbehörden. Ferner sind die Rechnungshöfe, wenn sie die Leistungsträger prüfen, zur Geheimhaltung verpflichtet. Das gleiche gilt für die weisungsberechtigten Ministerien. Darüber hinaus wurden in § 35 Abs. 1 Satz 4 SGB I weitere Stellen aufgeführt,

die häufig mit Sozialdaten zu arbeiten haben und daher das Sozialgeheimnis zu wahren haben, so z. B. die anerkannten Adoptionsvermittlungsstellen und die Behörden der Zollverwaltung.

Werden die Sozialdaten erlaubterweise an andere Behörden gegeben, die nicht Leistungsträger sind, sind die Daten auf Grund von § 78 SGB X auch dort geschützt. Dies gilt auch für die Weitergabe von Daten an Gerichte.

27 Der Schutz der Sozialdaten wurde im Jahre 1994 neu gestaltet. Das zweite Kapitel des Zehnten Buches (§§ 67 bis 85 a SGB X) wurde im Hinblick auf das für den Datenschutz grundlegende Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Volkszählungsgesetz und unter Berücksichtigung des neu gestalteten Bundesdatengesetzes grundlegend überarbeitet. Dort ist im Einzelnen bestimmt, unter welchen Voraussetzungen ein Leistungsträger Daten erheben, verarbeiten und nutzen darf. Besonderen Schutz haben die medizinischen Daten erfahren (§ 76 SGB X).

28 Beamte und sonstige Bedienstete der Stellen, die das Sozialgeheimnis zu wahren haben, haben ein Zeugnisverweigerungsrecht vor Gericht. Es besteht für die Leistungsträger, so weit eine Übermittlung nicht zulässig ist, auch keine Pflicht zur Vorlegung von Akten, Schriftstücken und sonstigen Datenträgern.

29 Das Sozialgeheimnis erstreckt sich auf alle Daten, die sich bei den Leistungsträgern und den sonstigen in § 35 SGB I genannten Stellen befinden. Für die Anwendung von § 35 SGB I kommt es also nicht auf die Art der Speicherung an.

30 Der Schutz der Sozialdaten umfasst auch die Verpflichtung, die technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen, die erforderlich sind, um sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind. Personenbezogene Daten der Beschäftigten und deren Angehörigen sollen, wenn diese Daten Leistungs- oder Versicherungsdaten sind, Personen, die Personalentscheidungen treffen, nicht zugänglich sein oder diesen Personen nicht von anderen offenbart werden.

Durch die Einfügung eines § 36 a in das Erste Buch wurde dem Fortschritt in der Datenverarbeitung Rechnung getragen und die Übermittlung elektronischer Dokumente zugelassen. Hierbei ist eine qualifizierte elektronische Signatur zu verwenden. Zertifizierungsdienste, die nach dem Signaturgesetz

zu errichten sind, haben die Überprüfbarkeit der elektronischen Signatur sicherzustellen.

## Grundsätze des Leistungsrechts

31 Auf Sozialleistungen besteht ein Rechtsanspruch. Sind die Leistungsträger berechtigt, bei der Entscheidung über Sozialleistungen nach ihrem Ermessen zu handeln, beschränkt sich der Anspruch auf die pflichtgemäße Ausübung des Ermessens durch den Leistungsträger (§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB I). Die Ansprüche auf Sozialleistungen entstehen, wenn die im Gesetz oder in einer Verordnung vorgesehenen Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind. Bei Ermessensleistungen ist der Zeitpunkt maßgebend, in dem die Entscheidung über die Leistung bekanntgegeben wird. Ausnahmen hierfür müssen in der Entscheidung selbst enthalten sein.

### Vorschüsse

32 Steht fest, dass eine Sozialleistung zu erbringen ist, ist jedoch noch offen, in welcher Höhe der Anspruch besteht. Ist damit zu rechnen, dass die Feststellung hierüber voraussichtlich längere Zeit dauert, z. B. weil medizinische Untersuchungen vorgenommen werden müssen, kann der zuständige Träger Vorschüsse zahlen. Ihre Höhe kann er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmen. Beantragt der Berechtigte einen Vorschuss, so ist ihm dieser, wenn nur die Höhe des Anspruches noch nicht feststeht, zu gewähren. Ist der Vorschuss höher als die endgültig festgestellte Leistung, so ist der zu hoch gewährte Teil des Vorschusses zu erstatten (§ 42 SGB I).

### Vorläufige Leistungen

33 Besteht zwischen zwei Leistungsträgern Streit, wer von ihnen zuständig ist, so soll diese Auseinandersetzung nicht zu Lasten des Berechtigten gehen. In § 43 SGB I ist bestimmt, dass derjenige Leistungsträger, der von dem Berechtigten im Falle eines Streites um Leistung ersucht wird, in vorläufiger Form die Leistung zu erbringen hat. Den Umfang kann er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmen. Liegt ein Antrag auf vorläufige Leistung vor, muss diese erbracht werden.

Stellt sich heraus, dass derjenige Leistungsträger, der die vorläufigen Leistungen erbracht hat, letztendlich nicht der zuständige Träger gewesen ist, sind ihm vom zuständigen Träger die Leistungen zu erstatten (§ 102 SGB X).



## Verzinsung

34 Der Gesetzgeber hat in § 44 SGB I vorgesehen, dass Geldleistungen auf sozialem Gebiet zu verzinsen sind, wenn die Leistungen nicht rechtzeitig erbracht worden sind. Der Zinssatz zugunsten des Berechtigten beträgt 4%.

Die Verzinsung beginnt frühestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten nach Eingang des vollständigen Leistungsantrags beim zuständigen Leistungsträger. Wird die Leistung auch ohne Antrag erbracht, wie das z. B. in der Unfallversicherung der Fall ist, beginnt die Verzinsung nach Ablauf eines Kalendermonats nach der Bekanntgabe der Entscheidung über die Leistung. Ist aber ein Antrag gestellt worden, obwohl er nicht erforderlich ist, dann gilt die allgemeine Regelung, dass die Verzinsung frühestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten nach Antragseingang beginnt. Der Antrag muss nicht ein förmlicher Antrag sein. Es genügt, dass aus den Umständen zu erkennen ist, dass der Berechtigte Leistung begehrt und dass er die für die Entscheidung erforderlichen Unterlagen dem Leistungsträger zugänglich gemacht hat. Ein Verschulden des Leistungsträgers ist für die Entstehung des Verzinsungsanspruchs nicht erforderlich.

## Verjährung

35 Ansprüche auf Sozialleistungen verjähren gemäß § 45 SGB I in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Wichtig hierbei ist, dass es bei der Verjährung nicht darauf ankommt, ob der Berechtigte weiß, ob ihm ein Anspruch zusteht oder nicht.

Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß. Das bedeutet, dass die Verjährung in Form einer Einrede durch den Leistungsträger geltend zu machen ist. Hierbei muss der Leistungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen prüfen, ob die Erhebung der Verjährungseinrede angemessen ist oder nicht. Die Verjährung wird durch einen schriftlichen Antrag auf die Leistung oder durch Erhebung eines Widerspruchs gehemmt. Klageerhebung ist zur Hemmung der Verjährung nicht ausgeschlossen.

## Auszahlung von Geldleistungen

36 Der Gesetzgeber hat die Auszahlung von Geldleistungen durch die Leistungsträger bürgerfreund-

lich gestaltet. Nach § 47 SGB I sollen sie kostenfrei auf ein Konto des Empfängers überwiesen werden. Allerdings übernimmt der Leistungsträger nicht die Kontoführungsgebühren für das Konto des Berechtigten, wie das bei Gehaltskonten auf Grund von Tarifverträgen vorgesehen sein kann. Hat der Empfänger kein Konto oder ist er nicht in der Lage, sich zur Bank, zur Sparkasse oder zur Post zu begeben, so kann er verlangen, dass ihm das Geld kostenfrei an seinen Wohnsitz übermittelt wird. Die Barzahlung an den Empfänger ist für den Leistungsträger mit erheblichen Kosten verbunden. Sie ist daher, aber auch wegen der größeren Sicherheit der Kontozahlung für den Empfänger, im Gegensatz zu früheren Jahrzehnten, zur Ausnahme geworden

## Eingriffe in die Leistungsansprüche

37 Die Sozialversicherungsansprüche sind verschiedenen Eingriffen der Gläubiger des Leistungsberechtigten, des Versicherungsträgers oder Unterhaltsberechtigter ausgesetzt. Der Gesetzgeber ist einen Weg gegangen, der sowohl die Interessen des Leistungsberechtigten als auch der hier genannten Stellen oder Personen berücksichtigt.

## Pfändung

38 Sozialleistungen haben häufig Lohnersatzfunktion. Das gilt insbesondere für Renten. Im Hinblick hierauf hat der Gesetzgeber die Sozialleistungen, so weit sie in einem Anspruch auf Geldleistungen bestehen, grundsätzlich für pfändbar erklärt. Hierdurch werden auch die Kreditmöglichkeiten des Leistungsempfängers vergrößert. Ansprüche auf laufende Geldleistungen können wie Arbeitseinkommen gepfändet werden wegen gesetzlicher Unterhaltsansprüche. Dies bedeutet, dass § 850d der Zivilprozessordnung (ZPO) Anwendung findet. Wegen Ansprüchen, die nicht Unterhaltsansprüche sind, sind die laufenden Geldleistungen nach § 850 c ZPO pfändbar (§ 54 Abs. 4 SGB I).

Der Anspruch auf Geldleistungen für Kinder kann nur wegen gesetzlicher Unterhaltsansprüche eines Kindes, das bei der Festsetzung der Geldleistung berücksichtigt wird, gepfändet werden (§ 54 Abs. 5 SGB I). Die Höhe des pfändbaren Betrages beim Kindergeld ist im Gesetz eingehend geregelt.

Unpfändbar sind Ansprüche auf Erziehungsgeld und vergleichbare Leistungen, Mutterschaftsgeld nach

§ 13 Abs. 1 Mutterschutzgesetz und Geldleistungen, die dafür bestimmt sind, den durch einen Körper- und Gesundheitsschaden bedingten Mehraufwand auszugleichen. Mit der Pfändungsfreiheit für Leistungen bei Mehraufwendungen ist insbesondere einer Forderung der Kriegsopferverbände Rechnung getragen worden.

39 Auf folgende Vorschriften zum Schutz des Leistungsberechtigten ist besonders hinzuweisen: Nach § 55 SGB I darf eine Geldleistung auf dem Konto des Berechtigten für die Dauer von sieben Tagen seit der Gutschrift nicht gepfändet werden. In diesem Zeitpunkt bleibt der Leistungsberechtigte weiterhin über das Konto verfügbare berechtigt.

40 Eine weitere wichtige Vorschrift bildet § 850e Abs. 2 a ZPO. Arbeitseinkommen kann auf Antrag mit Ansprüchen auf laufende Geldleistungen nach dem Sozialgesetzbuch zusammengerechnet werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass im Einzelfall die Pfändungsfreigrenze von § 850 c ZPO den Sozialhilfebedarf des Schuldners nicht erreicht oder erheblich über dem Durchschnitt liegende persönliche Bedürfnisse vorliegen. In diesen Fällen kann nach § 850 f ZPO bei dem Vollstreckungsgericht eine Erhöhung des unpfändbaren Betrages beantragt werden.

41 Anzumerken ist noch, dass Ansprüche auf laufende Geldleistungen, die der Sicherung des Lebensunterhalts zu dienen bestimmt sind, vom Rentner oder einem sonstigen Berechtigten abgetreten werden können, so weit sie den für Arbeitseinkommen geltenden unpfändbaren Betrag übersteigen (§ 53 Abs. 3 SGB I).

## Aufrechnung

42 Der zuständige Leistungsträger kann gegen Ansprüche auf Geldleistungen mit Ansprüchen, die ihm selbst gegen den Berechtigten zustehen, aufrechnen, so weit die Ansprüche nach § 54 Abs. 2 und 4 SGB I pfändbar sind (§ 51 SGB I). Ergänzend sind die Vorschriften über die Aufrechnung im Bürgerlichen Gesetzbuch heranzuziehen (§§ 387 ff BGB). Die Erklärung der Aufrechnung durch den Leistungsträger ist ein Verwaltungsakt, gegen den Widerspruch eingelegt werden kann.

Mit Ansprüchen auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Sozialleistungen und mit Beitragsansprüchen kann der zuständige Leistungsträger bis zur Hälfte der laufenden Geldleistung aufrechnen. Das bedeutet, dass in diesen Fällen auch die Aufrechnung unterhalb

der Pfändungsfreigrenzen der Zivilprozessordnung bei Arbeitseinkommen wirksam werden kann. Allerdings darf auch in diesen Fällen der Leistungsberechtigte nicht hilfebedürftig nach dem Sozialhilfegesetz werden.

## Verrechnung

43 Die Verrechnung ist eine Art der Aufrechnungsmöglichkeit, die das bürgerliche Recht nicht kennt.

### Beispiel :

X hat bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt seine Rente beantragt. Da wegen medizinischer Gutachten die Rentenbewilligung einige Zeit in Anspruch nimmt, wendet er sich an das Sozialamt und erhält bis zum Zeitpunkt der Rentenbewilligung Sozialhilfe. Irrtümlich hat er dem Sozialamt gegenüber eine weitere Einkommensquelle nicht angegeben. Objektiv waren die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe nicht gegeben. Nach einigen Monaten wird die Rente bewilligt. Nunmehr kann das Sozialamt, das einen Rückforderungsanspruch gegen den Rentner hat, die zuständige Landesversicherungsanstalt bitten, seinen Rückzahlungsanspruch mit dem Anspruch des X gegen die Landesversicherungsanstalt auf Zahlung der Rente zu verrechnen (§ 52 SGB I).

Die Verrechnung ist unter entsprechender Anwendung der Vorschriften über die Aufrechnung zulässig. Sie setzt im Beispielfall ein Ersuchen des Sozialamts an die Landesversicherungsanstalt um Verrechnung voraus. Die Erklärung der Verrechnung ist wie die Erklärung der Aufrechnung ein anfechtbarer Verwaltungsakt.

## Abzweigung

44 Viele Sozialleistungen dienen der Sicherung des Lebensunterhalts des Berechtigten, seines Ehegatten oder seiner Kinder. Immer wieder kommt es jedoch vor, dass der Berechtigte seinen Unterhaltsverpflichtungen gegenüber dem Ehegatten oder den Kindern nicht nachkommt. Um den Familienangehörigen schnell zu helfen, können laufende Sozialleistungen in angemessener Höhe an den Ehegatten oder die Kinder des Leistungsberechtigten bei Verletzung der gesetzlichen Unterhaltspflicht ausgezahlt werden (§ 48 SGB I). Kindergeld oder sonstige Geldleistungen für Kinder können an diese in der Höhe abgezweigt

werden, in der sie nach § 54 Abs. 5 Satz 2 SGB I gepfändet werden können. Die Auszahlung kann auch z. B. an Pflegeeltern oder das Jugendamt erfolgen, wenn diese den Kindern Unterhalt gewähren. Die Abzweigung von Leistungen für Kinder ist auch in den Fällen zulässig, in denen auf Seiten des an und für sich Unterhaltspflichtigen deshalb keine Verletzung dieser Pflicht vorliegt, weil er nicht über genügend Mittel zur Erfüllung dieser Pflicht verfügt. Auch in diesem Falle hat der Gesetzgeber durch Ergänzung von § 48 SGB I die Möglichkeit eingeräumt, die Kindergeldleistungen dem Kinde zukommen zu lassen.

Auch in den Fällen, in denen keine Unterhaltspflicht besteht, so z. B. im Verhältnis zwischen Stiefvater und Stiefkindern, kann die Abzweigung erfolgen, wenn dem Stiefvater unter Berücksichtigung der Stiefkinder Kindergeld oder sonstige Sozialleistungen erbracht werden und der Leistungsberechtigte diese Kinder nicht unterhält (§ 48 Abs. 2 SGBI).

## Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten

45 Die Vorschriften über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 67 SGB I) gehören zu den wichtigsten im gesamten Sozialgesetzbuch. Manche Verzögerung bei den Leistungsbescheiden und nicht wenige Unrichtigkeiten bei der Leistungsbewilligung gehen auf eine verzögerte oder unvollständige Erfüllung dieser Mitwirkungspflichten zurück. Zwar hat nach § 20 SGB X der Leistungsträger den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Er ist an das Vorbringen und die Beweisanträge der Beteiligten nicht gebunden. Viele Daten und Informationen sind jedoch nur dem Leistungsberechtigten verfügbar. Ohne seine Mithilfe kann der Leistungsträger den maßgebenden Sachverhalt nicht feststellen. Daher hat der Gesetzgeber ergänzend zum Untersuchungsgrundsatz in § 20 SGB X die Mitwirkungspflichten des Berechtigten normiert.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Wenn der zuständige Träger dies verlangt, hat der Berechtigte der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte, z. B. Familienangehörige, zuzustimmen.

46 Ändert sich etwas in den Verhältnissen des Berechtigten, so hat er diese Änderung mitzuteilen.

Bei einkommensabhängigen Leistungen, wie z. B. der Sozialhilfe, muss er dem Träger angeben, dass er von einem bestimmten Zeitpunkt an anderes Einkommen erzielt. Darüber hinaus hat der Antragsteller Beweismittel zu bezeichnen oder auf Verlangen Beweisurkunden, z. B. Geburtsurkunden oder einen Personalausweis, vorzulegen. Wenn diese Urkunden in der Hand eines Dritten sind, hat er ihrer Vorlage zuzustimmen. Nach § 99 SGB X ist im Recht der Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung und dem Kriegspferrecht die Mitwirkungspflicht hinsichtlich der Angaben aller anspruchsbegründenden Tatsachen und der Beweismittel und Beweisurkunden auch auf Angehörige, Unterhaltspflichtige, frühere Ehegatten oder Erben ausgedehnt worden.

47 Auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers soll der Antragsteller oder Bezieher von Leistungen zur mündlichen Erörterung von Fragen, die vor einer Entscheidung über die Leistung notwendig sind, beim Leistungsträger persönlich erscheinen (§ 61 SGB I). Beantragt jemand eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder wegen eines Arbeitsunfalls, so soll er sich auf Verlangen des Leistungsträgers einer ärztlichen Untersuchung unterziehen, so weit dies für eine Entscheidung über die Leistungsfähigkeit erforderlich ist. Im Rahmen der Tätigkeit der Bundesagentur für Arbeit ist u.U. auch ein psychologischer Eignungstest erforderlich. Auch in diesem Falle ist der Antragsteller verpflichtet, sich untersuchen zu lassen (§ 62 SGB I). Die Untersuchungsmaßnahmen können auch bei Beziehern von Leistungen notwendig werden. Auch insoweit trifft den Berechtigten die Mitwirkungspflicht. Zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen kann ein Antragsteller oder ein Bezieher von Leistungen verpflichtet sein. Nach § 63 SGB I soll derjenige, der wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, sich einer Heilbehandlung, d. h. einer medizinischen Akutbehandlungen oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, unterziehen. Vorausgesetzt, dass zu erwarten ist, dass eine Besserung des Gesundheitszustandes herbeigeführt oder eine Verschlechterung verhindert wird.

Ist jemand nicht mehr vollqualifiziert oder arbeitslos und hat er deshalb Sozialleistungen beantragt oder bezieht er sie, so soll er auf Verlangen des zuständigen Trägers an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen, wenn zu erwarten ist, dass seine Erwerbsfähigkeit gefördert oder erhalten wird oder

dass er besser auf dem Arbeitsmarkt vermittelt werden kann. Hierbei sollen die beruflichen Neigungen des Betroffenen berücksichtigt werden.

48 Der Gesetzgeber hat, wie hier dargelegt ist, umfangreiche Mitwirkungspflichten im Interesse der richtigen Entscheidung über Sozialleistungen vorgesehen. Er ist dem Betroffenen andererseits auch weitgehend entgegengekommen. Wer zum persönlichen Erscheinen beim Leistungsträger aufgefordert worden ist und dem nachkommt oder wer sich auf Verlangen des Trägers einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung unterzogen hat, bekommt auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang. Beim persönlichen Erscheinen sollen die Aufwendungen jedoch nur in Härtefällen ersetzt werden (§ 65 a SGB I).

49 Darüber hinaus hat das Sozialgesetzbuch Grenzen der Mitwirkung vorgesehen. Die Mitwirkungspflichten müssen in angemessenem Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung stehen. Nicht für jede geringe Leistung kann eine ärztliche Untersuchung verlangt werden. Die Erfüllung der Mitwirkungspflichten darf für den Betroffenen aus wichtigem Grund nicht unzumutbar sein. Außerdem darf sich im Hinblick auf das Amtsermittlungsprinzip der Träger nicht an den Betroffenen wenden, wenn er mit geringerem Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse auf andere Weise beschaffen kann.

Behandlungen und Untersuchungen muss der Antragsteller oder Leistungsbezieher nicht in jedem Falle über sich ergehen lassen. Er kann sie ablehnen, wenn im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Das gleiche gilt,

wenn erhebliche Schmerzen mit einer Behandlung oder Untersuchung verbunden wären oder ein erheblicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit hiermit verbunden wären (§ 65 SGB I).

50 Hat der Antragsteller oder Leistungsberechtigte falsche Angaben gemacht oder Angaben bewusst unterlassen, so dass der Verdacht einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit vorliegt, so ist er nicht gezwungen, sich hierzu zu äußern. Er kann Angaben verweigern, wenn er oder ihm nahe stehende Personen in die Gefahr geraten würden, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit auf Grund der Angaben verfolgt zu werden. Die Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten wird nicht als Ordnungswidrigkeit geahndet. Der Gesetzgeber ist einen anderen Weg gegangen. In § 66 SGB I ist bestimmt, dass die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, wenn durch die fehlende Mitwirkung deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ein solcher Leistungsentzug wird auch zulässig, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert. Eine solche Versagung oder der Entzug einer Leistung kann bei fehlender Mitwirkung nicht sofort verfügt werden. Der Leistungsträger muss den Betroffenen auf diese Rechtsfolge hinweisen und ihm eine angemessene Frist setzen, innerhalb derer er seinen Mitwirkungspflichten nachzukommen hat. Erst nach dieser Mahnung und der Fristsetzung können die Leistungen versagt oder entzogen werden.

Tritt der Fall ein, dass der Betroffene die Mitwirkung nachholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger die zuvor versagten oder entzogenen Leistungen nachträglich ganz oder teilweise erbringen (§ 67 SGB I).

# 2

## Sozialgesetzbuch - 2. Buch Grundsicherung für Arbeitsuchende

### Einleitung

1 Bis zum In-Kraft-Treten der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Rahmen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt zum 1. Januar 2005 gab es in Deutschland zwei Fürsorgesysteme für erwerbsfähige Hilfebedürftige:

- die Arbeitslosenhilfe nach dem SGB III und
- die Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Die Arbeitslosenhilfe hatte ihren Ursprung in der Verordnung über die Erwerbslosenfürsorge vom 13. November 1918. Die Erwerbslosenfürsorge trat als Sondersystem für Erwerbsfähige neben die klassische Armenfürsorge. Sie wurde im Laufe des letzten Jahrhunderts mehrmals umbenannt und schließlich im Jahr 1969 als Arbeitslosenhilfe in das Arbeitsförderungsgesetz integriert. Durch das Arbeitsförderungsreformgesetz wurde sie mit Wirkung vom 1. Januar 1998 mit wenigen Änderungen in das SGB III übernommen.

Die klassische Armenfürsorge wurde Mitte des Jahres 1962 durch das neue Bundessozialhilfegesetz (BSHG) abgelöst. Die Regelungen dieses Gesetzes bildeten von da an das „unterste“ Auffangnetz“ in der sozialen Marktwirtschaft der Bundesrepublik Deutschland.

2 Mit der Einführung der Erwerbslosenfürsorge, die neben die Armenfürsorge trat, kam es zwar zu einer Trennung zwischen dem Fürsorgesystem für Erwerbsfähige (Erwerbslosenfürsorge) und dem System für sonstige Hilfebedürftige (Armenfürsorge). Diese Aufteilung hatte aber nur grundsätzlichen Charakter und wurde in vielfältiger Hinsicht durchbrochen. Eine dieser Durchbrechungen hing damit zusammen, dass die Leistungen der Arbeitslosenhilfe

und die Hilfen nach dem BSHG nach grundlegend verschiedenen Maßstäben bemessen wurden. Bei der Arbeitslosenhilfe richtete sich die Höhe der monatlichen Leistung – wie beim Arbeitslosengeld aus der Arbeitslosenversicherung – faktisch nach dem Netto-Einkommen vor Eintritt der Arbeitslosigkeit. Je nach der Höhe des früheren Netto-Verdienstes konnte die Arbeitslosenhilfe höher oder niedriger sein.

Für die Höhe der Sozialhilfe war hingegen das soziokulturelle Existenzminimum, also der tatsächliche (Mindest-)Bedarf, Ausschlag gebend.

In den Fällen, in denen nur eine sehr geringe Arbeitslosenhilfe gezahlt wurde, reichte diese Leistung u. U. nicht aus, um den Mindestbedarf zur Bestreitung des Lebensunterhalts abzudecken. Es wurden dann – darauf aufstockend – Leistungen nach dem BSHG gezahlt. Aufstockende Leistungen erhielten vor dem In-Kraft-Treten der Grundsicherung für Arbeitsuchende Ende 2004 ca. 200.000 Hilfebedürftige.

Darüber hinaus gab es andere Personengruppen, die als Erwerbsfähige keine Arbeitslosenhilfe erhalten konnten, z. B. ehemalige Beamte oder Selbständige. Auch vormalige Beziehende von Arbeitslosenhilfe, die den Anspruch auf diese Leistung verloren hatten, bezogen Sozialhilfe.

3 Das System zweier paralleler Fürsorgesysteme hatte viele Nachteile. Obwohl Arbeitslosenhilfe- und Sozialhilfeempfänger in der Regel einen gleichartigen Unterstützungsbedarf zur Überwindung ihrer Arbeitslosigkeit hatten, hatten sie in der Praxis nicht den gleichen Zugang zu Eingliederungsleistungen. Besonders auffällig waren die Unterschiede bei den für die Chancenverbesserung besonders wichtigen Weiterbildungsmaßnahmen. Arbeitslosenhilfebezieher erhielten Geldleistungen auf der Grundlage des SGB III. Dadurch hatten sie die Möglichkeit, während einer Weiterbildungsmaßnahme nicht nur die

Maßnahmekosten, sondern auch Unterhaltsgeld von der Bundesagentur für Arbeit zu erhalten.

Sozialhilfebezieher konnten zwar auch die Maßnahmekosten erstattet werden. Für die Sicherung des Lebensunterhalts war aber weiterhin der Träger der Sozialhilfe zuständig. Die kommunalen Träger waren nur ausnahmsweise bereit, die Sozialhilfebezieher für die Zeit der Weiterbildungsmaßnahme aus ihrer Verpflichtung zur Aufnahme einer den Bedarf deckenden Beschäftigung zu entlassen und für diesen Zeitraum Sozialhilfe zu zahlen.

Ganz generell waren die Eingliederungsbemühungen für die Arbeitslosenhilfe- und die Sozialhilfebezieher nicht ausreichend, weil in dem System der beiden parallelen Fürsorgesysteme die Zuständigkeiten nicht klar genug abgegrenzt waren und aus diesem Grund die erforderlichen Leistungen oft nicht erbracht wurden. Diese Problematik wurde durch die begrenzten finanziellen Spielräume bei den Trägern verschärft. Bei der Bundesagentur für Arbeit kam hinzu, dass die Mittel für die Eingliederungsleistungen nicht aus Mitteln des Bundes, sondern aus Beitragsmitteln zur Bundesagentur für Arbeit finanziert werden mussten.

Auch wenn der Bund in den letzten Jahren in erheblicher Höhe den Haushalt der Bundesagentur für Arbeit bezuschusst hat (2004: 4,17 Mrd. Euro; 2005: 397 Mio. Euro), war damit grundsätzlich die Frage der Finanzierung von so genannten versicherungsfremden Leistungen aufgeworfen. Es häuften sich in letzter Zeit Stimmen, die einen Einsatz von Beitragsmitteln nur bei Beziehern der Versicherungsleistung Arbeitslosengeld für zulässig halten.

4 Deutliche Unterschiede gab es in den beiden Systemen auch bei der sozialen Absicherung. Arbeitslosenhilfebezieher waren – auf Grund des Leistungsbezugs – in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung auf Kosten des Bundes versichert. Die Sozialhilfe hatte zwar bei einer bestehenden Versicherung die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung übernommen; die Weiterversicherung in der Rentenversicherung kam hingegen nur in wenigen Fällen in Betracht.

Es gab für die betroffenen Arbeitslosen weitere Nachteile. Die so genannten Aufstocker, die zusätzlich Sozialhilfe bezogen, mussten bei zwei unterschiedlichen Behörden – nämlich bei der Agentur für Arbeit und bei der kommunalen Behörde Leistungen beantragen.

## Reformbedarf / Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe

5 Die oben aufgeführten Nachteile verdeutlichen den Reformbedarf, der im Rahmen der Fürsorge für Erwerbsfähige entstanden war. Er ist schließlich im Rahmen des Reformprozesses aufgegriffen worden, der zu Beginn der 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eingeleitet worden war. Ein großer Teil der Reformen bezieht sich auf den Arbeitsmarkt. Ziel ist es, in absehbarer Zeit – gemäß den beschäftigungspolitischen Leitlinien der Europäischen Union – wieder Vollbeschäftigung zu erreichen.

Dies sollte im Bereich der Fürsorge für Erwerbsfähige insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Gleicher Zugang zu den Eingliederungsmaßnahmen
- Vermeidung von Lastenverschiebungen zwischen den Sozialleistungsträgern (Verschiebepahnhöfen).

### Beispiel:

Kommunale Beschäftigungsgesellschaften stellen Sozialhilfeempfängern befristet sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese Beschäftigungen waren darauf ausgerichtet, den Betroffenen praktische Erfahrungen und Qualifizierungen zu vermitteln. Unter günstigen Umständen kann der Übergang in ein festes Beschäftigungsverhältnis z. B. bei einem Auftraggeber der Beschäftigungsgesellschaft in Betracht. Wenn der Übergang innerhalb der befristeten Beschäftigung nicht gelungen war, bestand allerdings Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld und Eingliederungsleistungen nach SGB III). Die Betroffenen hatten damit das System der Sozialhilfe verlassen und waren in den Bereich der Bundesagentur für Arbeit gewechselt. Nach Auslaufen des Arbeitslosengeldes bestand dann Anspruch auf Arbeitslosenhilfe.

Der umgekehrte Fall war allerdings auch denkbar: Arbeitslose konnten – u. U. wegen des Eintritts von Sperrzeiten – aus der Arbeitslosenhilfe ausscheiden; ihr Lebensunterhalt musste dann von der Sozialhilfe finanziert werden.



Da für die Finanzierung der Eingliederung und des Lebensunterhalts jetzt einheitlich die Bundesagentur für Arbeit verantwortlich ist, sind die mit den Lastenverschiebungen für die Arbeitslosen verbundenen Nachteile ausgeräumt worden.

6 Die Einführung der einheitlichen Grundsicherung für Arbeitsuchende ist nicht ohne Vorbereitung erfolgt. Ihr waren unterschiedliche Maßnahmen und Projekte vorgeschaltet, die Erprobungscharakter hatten und übergangsweise die Eingliederungsbestrebungen zu Gunsten der Langzeitarbeitslosen verstärken sollten.

Einen bedeutenden Beitrag haben dazu die Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe (MoZArT) geleistet, die ab dem Jahr 2000 begonnen hatten. Es wurden unterschiedliche Varianten einer Zusammenarbeit erprobt. Zentrales Anliegen war es, die Möglichkeiten der Zusammenarbeit über alle Bereiche (Personal, Eingliederungsstrategien) zu sondieren. Auf Grund der gewonnenen Erfahrungen konnten Vorgaben für das angestrebte neue System formuliert werden, die teilweise schon vor der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende umgesetzt werden konnten. Da sich die gemeinsamen Anlaufstellen von Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern bewährt hatten, wurden sie mit dem Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt als Job-Center in den Agenturen für Arbeit etabliert. Die Erprobung einer gemeinsamen Leistungserbringung (d. h. gemeinsame Auszahlung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe) hat deutlich werden lassen, dass ein solches Vorhaben mit erheblichen praktischen Schwierigkeiten verbunden war. Damit stand der Bedarf für die Einführung einer einheitlichen – neuen – Leistung für alle Arbeitsuchenden fest.

7 Die neue Leistung – das Arbeitslosengeld II – vereinigt Merkmale aus beiden bisherigen Systemen. Bereits mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist durch Änderungen im Bereich der Arbeitslosenhilfe eine Annäherung an das Sozialhilferecht herbeigeführt worden.

Für die Vorbereitung im politischen und gesellschaftlichen Raum hatten die Beratungen der Arbeitsgruppe „Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe“ der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen zentrale Bedeutung: Es ist Verdienst dieser Arbeitsgruppe, den Handlungsbedarf bei der Zusammenführung der beiden Fürsorgesysteme einschließlich der finanziellen

Folgewirkungen umfassend aufbereitet zu haben. Die Arbeitsgruppe hat damit die Basis für die Zusammenführung gelegt.

Das ursprüngliche Anliegen, die Leistungen für Arbeitsuchende in einer Hand zu vereinigen, ist nicht vollständig erreicht worden: Die Kommunen bleiben für einen Teil der Leistungen zum Lebensunterhalt und der Eingliederungsleistungen zuständig: Sie erbringen die Leistungen für Unterkunft und Heizung; außerdem gehören die psychosoziale Betreuung, die Kinderbetreuung und die Schuldner- sowie die Suchtberatung zu ihren Aufgaben.

Um das angestrebte Ziel – die Leistung aus einer Hand für alle Beziehende der Grundsicherung für Arbeitsuchende – nicht vollständig zu verfehlen, ist die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zwischen den Agenturen für Arbeit und den Kommunen vorgesehen worden. Die beteiligten Behörden haben diese Zielvorstellung des Gesetzgebers weitgehend umgesetzt, indem bundesweit bisher 355 Arbeitsgemeinschaften gebildet worden sind.

8 Eine weitere Besonderheit, die auf einen politischen Kompromiss in den Beratungen des Vermittlungsausschusses zurückgeht, ist die so genannte kommunale Option. Kreisfreie Städte und Landkreise haben die Möglichkeit, im Rahmen einer sechsjährigen Experimentierphase die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit mit zu übernehmen. Insgesamt konnten 69 Kommunen dafür zugelassen werden (Optionskommunen). Dieses Kontingent ist ausgeschöpft worden. Mit der Erprobung ist die Erwartung verbunden, dass die Strategien der Arbeitsgemeinschaften und der Kommunen bei der Eingliederung Arbeitsuchender „im Wettbewerb“ miteinander verglichen werden.

## Allgemeine Grundsätze

9 Bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende gilt: Nur wer sich nicht selbst helfen kann, erhält staatliche Unterstützung. Hinzu kommt die im Vergleich zu den bisherigen Systemen wesentlich stärkere Betonung der Eigenverantwortung: Mit den Leistungen nach dem SGB II sollen erwerbsfähige Hilfebedürftige und deren Angehörige bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit unterstützt werden, die sie zum Bestreiten ihres Lebensunterhalts befähigt. Dieses Ziel hat nach dem SGB II Priorität. Die Leistungen zum Lebensunterhalt sollen nur gezahlt werden, wenn die Hilfebedürftigkeit nicht anderweitig beseitigt werden kann.



Mit den Unterstützungsmöglichkeiten („Fördern“) sind Forderungen verknüpft. Arbeitsuchende müssen von sich aus alle Anstrengungen zur Beendigung ihrer Hilfebedürftigkeit unternehmen. Dies betrifft nicht nur die Aufnahme einer zumutbaren Beschäftigung; es besteht auch eine Verpflichtung, an Eingliederungsmaßnahmen teilzunehmen und eine Eingliederungsvereinbarung abzuschließen. Auch zumutbare Arbeitsgelegenheiten (Zusatzjobs) müssen angenommen werden.

10 Die Träger der Grundsicherung müssen ihre Eingliederungsangebote so gestalten, dass alle Gruppen von Arbeitsuchenden (z. B. Jugendliche, Ältere, Frauen, Behinderte) berücksichtigt werden. Bei jungen Menschen unter 25 Jahren sieht das Gesetz besondere Verpflichtungen des Trägers der Grundsicherung vor: Ihnen sind, wenn sie einen Antrag auf Leistungen gestellt haben, eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln.

### Leistungsarten

11 Das SGB II sieht verschiedene Leistungsarten vor:

- Dienstleistungen werden vor allem durch Information und Beratung durch den persönlichen Ansprechpartner in der Arbeitsgemeinschaft (oder bei einer Optionskommune) erbracht.
- Geldleistungen werden zur Eingliederung und zur Sicherung des Lebensunterhalts (einschließlich der Kosten für Unterkunft und Heizung) erbracht.
- Sachleistungen werden z. B. bei unwirtschaftlichem Verhalten erbracht (Rdnr 55).

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende dürfen nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn andere – vorrangige – Leistungen beantragt werden können. Auf Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) besteht z. B. ein vorrangiger Anspruch; Hilfen nach dem SGB II kommen dann grundsätzlich nicht in Betracht (§ 7 Abs. 5 SGB II); Gleiches gilt bei Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe nach dem SGB III.

### Leistungsberechtigte

12 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende erhalten Personen, so genannte erwerbsfähige Hilfebedürftige, die

- das 15. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- erwerbsfähig sind,
- hilfebedürftig sind und
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben

Außerdem erhalten Personen Leistungen, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Für diese Personen kommen im Normalfall nur Geldleistungen in Betracht. Dienstleistungen und Sachleistungen werden ihnen nur dann erbracht, wenn dadurch die Hilfebedürftigkeit der Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft beendet oder verringert oder Hemmnisse bei der beruflichen Eingliederung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen beseitigt oder vermindert werden.

13 Zur Bedarfsgemeinschaft gehören:

- die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen,
- die im Haushalt lebenden Eltern oder der im Haushalt lebende Elternteil eines minderjährigen, unverheirateten erwerbsfähigen Kindes und der im Haushalt lebende Partner dieses Elternteils,
- der Partner der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen – dies können sein
  - der nicht dauernd getrennt lebende Ehegatte,
  - die Person, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in eheähnlicher Gemeinschaft lebt (eine eheähnliche Gemeinschaft ist eine auf Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen einer Frau und einem Mann, die so eng ist, dass sie von den Partnern ein gegenseitiges Einstehen im Bedarfsfall erwarten lässt),
  - der nicht dauernd getrennt lebende Lebenspartner in einer gleichgeschlechtlichen eingetragenen Partnerschaft,
- die dem Haushalt angehörenden minderjährigen unverheirateten Kinder der übrigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts beschaffen können.

Damit gehört ein volljähriges Kind, das mit den Eltern noch in einem Haushalt lebt, nicht zur Bedarfs-

gemeinschaft der Eltern. Dieses „Kind“ kann somit einen eigenen Antrag auf Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhaltes stellen.

14 Von der Bedarfsgemeinschaft zu unterscheiden ist die Haushaltsgemeinschaft. Zur Haushaltsgemeinschaft gehören alle Personen, die auf Dauer mit einer Bedarfsgemeinschaft in einem Haushalt zusammen leben. Ein Beispiel ist ein 18jähriges Kind von Hilfebedürftigen, das nicht mehr zur Bedarfs- aber noch zur Haushaltsgemeinschaft der Eltern gehört. Zu einer Haushaltsgemeinschaft, nicht aber zu einer Bedarfsgemeinschaft, gehören:

- erwachsene oder minderjährige verheiratete Kinder,
- Großeltern und Enkelkinder,
- Onkel/Tanten und Nichten/Neffen,
- Pflegekinder und Pflegeeltern,
- Geschwister, soweit sie ohne Eltern zusammenleben,
- sonstige Verwandte und Verschwägerte,
- nicht verwandte Personen, die im selben Haushalt leben.

Wenn Hilfebedürftige mit Verwandten oder Verschwägerten in einer Haushaltsgemeinschaft leben, wird widerlegbar vermutet, dass die Hilfebedürftigen von diesen Verwandten und Verschwägerten finanziell unterstützt werden, allerdings nur soweit, als dies nach deren Einkommen und Vermögen erwartet werden kann.

### **Anspruch ausländischer Hilfebedürftiger**

15 Auch ausländische Hilfebedürftige können Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende erhalten. Hierfür ist aber erforderlich, dass ihnen die Aufnahme einer Beschäftigung erlaubt ist oder erlaubt werden könnte. Die Frage, ob ein solcher Arbeitsmarktzugang gewährt werden kann, richtet sich dabei nach dem Zuwanderungsgesetz und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Ausländer sind insbesondere dann zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit berechtigt, wenn sie einen Aufenthaltstitel haben, der ihnen die Ausübung der Erwerbstätigkeit ausdrücklich erlaubt. Jeder Aufenthaltstitel muss erkennen lassen, ob die Ausübung einer Erwerbstätigkeit erlaubt ist.

### **Erwerbsfähigkeit**

16 Als erwerbsfähig wird derjenige angesehen, der nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit (in der Regel sechs Monate) außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob derjenige z. B. wegen der Betreuung eines Kindes keine Erwerbstätigkeit verrichten kann, sondern ob er theoretisch imstande ist, eine solche Arbeit zu verrichten. In diesen Fällen ist dann die Zumutbarkeit einer Arbeit zu prüfen (Rdnr. 24. ff). Ausländer können in diesem Sinne nur dann erwerbstätig sein, wenn ihnen die Aufnahme einer Beschäftigung erlaubt ist oder erlaubt werden könnte.

Die Erwerbsfähigkeit wird von der Agentur für Arbeit festgestellt. In Zweifelsfällen wird zu ihrer Bestimmung eine Einigungsstelle der verschiedenen Träger (Rentenversicherungsträger, Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, Träger der Sozialhilfe) eingerichtet, die abschließend entscheidet. Bis zur Entscheidung der Einigungsstelle erbringen die Agentur für Arbeit und der kommunale Träger Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

### **Hilfebedürftigkeit**

17 Hilfebedürftig ist derjenige, der seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln sichern kann. Hierzu gehört die Aufnahme einer zumutbaren Arbeit und der Einsatz des zu berücksichtigenden Einkommens oder Vermögens und die Tatsache, die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten zu können.

Daher wird bei Personen, die in einer Bedarfsgemeinschaft leben, auch das Einkommen und Vermögen des Partners berücksichtigt. Bei minderjährigen unverheirateten Kindern, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Bedarfsgemeinschaft leben und die die Leistungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts nicht aus ihrem eigenen Einkommen oder Vermögen beschaffen können, wird auch das Einkommen und Vermögen der Eltern, des Elternteils und des Partners des Elternteils berücksichtigt.

Soweit ein minderjähriges Kind seinen Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten kann,

gehört es nicht zur Bedarfsgemeinschaft. Einkommen und Vermögen des minderjährigen unverheirateten Kindes werden dann nicht bei den Leistungen der Eltern oder des Elternteils berücksichtigt.

Sofern jemandem der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder dies eine besondere Härte bedeuten würde, liegt gleichfalls Hilfebedürftigkeit vor; allerdings werden die Leistungen dann als Darlehen erbracht.

### **Gewöhnlicher Aufenthalt**

18 Den gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand dort, wo er sich unter den Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Dieser Aufenthaltsort muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen; es können keine Leistungen an Personen erbracht werden, deren gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb Deutschlands (z. B. im grenznahen Gebiet) liegt.

### **Ausgeschlossene Personen**

19 Personen, die absehbar für länger als sechs Monate vollstationär in einer Anstalt, einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht sind, erhalten keine Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Hierfür wird zum Zeitpunkt der Einweisung des Hilfebedürftigen in die Einrichtung prognostiziert, ob sein dortiger vollstationärer Aufenthalt voraussichtlich länger als sechs Monate andauern wird.

Außerdem sind Personen, die eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, unabhängig von deren Höhe und dem Eintrittsalter vom Leistungsbezug ausgeschlossen. Soweit die Altersrente nicht ausreicht, den Bedarf zu decken, können ggf. Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII beantragt werden.

Nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten keine Leistungen, wenn sie einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII geltend machen können. Dies kann z. B. bei über 65jährigen Personen oder bei Personen, denen eine Erwerbsminderungsrente auf Dauer zuerkannt worden ist, der Fall sein.

20 Auszubildende, deren Ausbildung im Rahmen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder der §§ 60-62 SGB III (Berufsausbildungsbeihilfe) dem Grunde nach förderungsfähig ist, haben keinen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Nur in besonderen Härtefällen können Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts als Darlehen geleistet werden.

Der Ausschluss bezieht sich aber nur auf die so genannten ausbildungsgeprägten Bedarfe, also die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts sowie die Leistungen für Unterkunft und Heizung. Die übrigen Leistungen, wie z. B. so genannte Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt für Alleinerziehende oder Schwangere sowie bestimmte einmalige Leistungen (Rdnr. 42), werden bei Vorliegen der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen erbracht.

21 Bei Besuch folgender Ausbildungsformen besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Leistungen zum Lebensunterhalt:

- weiterführende allgemeinbildende Schulen und Berufsfachschulen, einschließlich der Klassen aller Formen der beruflichen Grundbildung, ab Klasse 10 sowie von Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, wenn der Auszubildende bestimmte Voraussetzungen erfüllt, insbesondere nicht im Haushalt der Eltern wohnt,
- Berufsfachschulklassen und Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, sofern sie in einem zumindest zweijährigen Bildungsgang einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln,
- Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt,
- Abendhauptschulen, Berufsaufbauschulen, Abendrealschulen, Abendgymnasien und Kollegs (wenn der Besuch dieser Ausbildungsstätten die Arbeitskraft des Auszubildenden voll in Anspruch nimmt),
- Höheren Fachschulen und Akademien,
- Hochschulen (Universitäten)
- betriebliche oder außerbetriebliche berufliche Erstausbildungen in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf,

- berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen,
- Berufsausbildung oder berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, die ganz oder teilweise im Ausland stattfinden.

22 In bestimmten Fallgestaltungen ist aber ein Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts gegeben. Dies betrifft insbesondere

- Schüler weiterführender allgemeinbildender Schulen oder Berufsfachschulen (einschließlich der Klassen aller Formen der beruflichen Grundbildung) ab Klasse 10 sowie von Fach- und Fachoberschulen, welche keine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzen,
- Auszubildende in betrieblichen oder außerbetrieblichen beruflichen Erstausbildungen in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf,
- Schüler einer Berufsfachschule oder Fachschule (welche keine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzen),
- Teilnehmer an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme,

die im Haushalt der Eltern oder eines Elternteils leben.

23 Wenn also dem Grunde nach ein Anspruch auf BAföG- oder Berufsausbildungsbeihilfe-Leistungen besteht, können Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nur in Form eines Darlehens erbracht werden, soweit besondere Umstände dies erfordern. Hierfür müssen außergewöhnliche, schwerwiegende, atypische und möglichst nicht selbst verschuldete Umstände gegeben sein, die z. B. einen zügigen Ausbildungsdurchlauf verhindert haben. Eine solche besondere Härte kann u. a. dann vorliegen, wenn der Hilfebedürftige ohne die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in eine Existenz bedrohende Notlage geriete, die auch nicht bei Unterbrechung der Ausbildung und Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beseitigt werden könnte.

## Leistungen zur Eingliederung in Arbeit

24 Die neue Grundsicherung für Arbeitsuchende ist durch den Grundsatz des Förderns und Forderns geprägt. Ziel ist es, Langzeitarbeitslose schneller und dauerhafter in das Arbeitsleben zu integrieren.

Fördern bedeutet: Jeder Erwerbsfähige ist gehalten, sich aus eigenen Mitteln und Kräften nach Möglichkeit selbst zu helfen. Die beste Möglichkeit ist die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, die den eigenen Bedarf und den Bedarf der Angehörigen in einer Bedarfsgemeinschaft deckt. Um eine solche Beschäftigung muss sich jeder Betroffene selbst kümmern; er darf sich nicht ausschließlich auf Vermittlungsbemühungen des Trägers der Grundsicherung verlassen. Zum Fordern gehört auch, dass jede zumutbare Tätigkeit aufgenommen werden muss.

Was zumutbar ist, ist anhand bestimmter Kriterien zu entscheiden. Beschäftigungen, die als sittenwidrig anzusehen wären und die Arbeitnehmer übervorteilen, müssen nicht angenommen werden. Als grobe Richtschnur kann gelten: Nicht mehr zumutbar, weil sittenwidrig, wäre eine Beschäftigung, deren Vergütung den Tariflohn oder den ortsüblichen Lohn um mehr als 30% unterschreitet.

25 Bei der Zumutbarkeit gibt es weitere Ausnahmen:

- Der Beschäftigung können körperliche, geistige oder seelische Gründe entgegenstehen. Z. B. kann von einem Alkoholkranken nicht erwartet werden, dass er in der Gastronomie im Thekenbetrieb arbeitet (seelischer Grund). Dabei ist es wichtig, insbesondere gesundheitliche Gründe durch ärztliche Gutachten zu belegen. Vorrangig kommen dafür amtsärztliche Gutachten, aber auch Expertisen anderer Ärzte in Betracht.
- Es müssen auch keine Arbeiten durchgeführt werden, die einem Arbeitsuchenden die Ausübung seines bisherigen Berufes für die Zukunft unmöglich machen würden. Wenn im bisherigen Beruf eine besondere Fingerfertigkeit Voraussetzung für die Ausübung war, wäre das Arbeiten mit einem Bohrhammer im Rahmen einer Tätigkeit im Baugewerbe kontraproduktiv; eine solche Tätigkeit wäre deshalb nicht zumutbar.

26 Bei der Feststellung der Zumutbarkeit spielt auch die Betreuung von Kindern eine Rolle. Die Betreuung eines Kindes unter 3 Jahren steht der Arbeitsaufnahme immer entgegen, es sei denn, der andere Elternteil ist auch arbeitslos und kann die Betreuung übernehmen. Bei älteren Kindern kann man sich nur dann auf die Kinderbetreuung berufen, wenn die Versorgung in einer Tageseinrichtung (z. B. einer Kindertagesstätte) und auch eine Betreuung durch Dritte nicht möglich sind. Dafür müssen besondere Gründe vorliegen

(z. B. schwere Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, die eine besondere Betreuung erfordern).

Ein weiterer Ausnahmetatbestand ist die Pflege von Angehörigen. Auch hier gilt: Die Zumutbarkeit ist nur dann eingeschränkt oder entfällt ganz, wenn die Pflege des Angehörigen nicht anderweitig sichergestellt werden kann. Auch wenn diese Möglichkeit nicht besteht, entfällt die Zumutbarkeit nicht automatisch. Es kommt darauf an, wie hoch der zeitliche Pflegeaufwand ist. Anhaltspunkte hierfür bieten die Pflegestufen, die im Rahmen der Pflegeversicherung für den Angehörigen festgelegt worden sind. Bei Pflegestufe 1 (mindestens 90 Minuten Pflegeaufwand pro Tag) wird im Regelfall noch von der Möglichkeit einer Vollzeitbeschäftigung (mit Modifikationen bei der Arbeitszeit) ausgegangen. Pflegestufe 2 (mindestens 2 Stunden Aufwand) begrenzt die zumutbare Arbeitszeit auf bis zu 6 Stunden. Erst bei Schwerst-Pflegebedürftigkeit des Angehörigen (Stufe III – mindestens fünf Stunden Aufwand) wird davon ausgegangen, dass Arbeit nicht mehr zumutbar ist.

27 Die Zumutbarkeit entfällt auch dann, wenn ein sonstiger wichtiger Grund vorliegt.

Was als wichtiger Grund gilt, ist gesetzlich nicht festgeschrieben. Durch die vergleichsweise offene Formulierung wird erreicht, dass möglichst vielen unterschiedlichen Lebenssachverhalten und Bedürfnissen Rechnung getragen werden kann. Ob ein Grund „wichtig“ ist, ist durch Abwägung der gegenläufigen Interessen durch den Träger der Grundsicherung zu bestimmen. Es sind also nicht nur die Interessen der Arbeitsuchenden, sondern auch die des Staates und der Steuerzahler an der schnellstmöglichen Beendigung der Hilfebedürftigkeit zu berücksichtigen.

Z. B.

- steht bei jungen Arbeitsuchenden der Besuch einer allgemeinbildenden Schule der Aufnahme einer Arbeit entgegen,
- wird niemand gezwungen, Prostitution auszuüben. Dies gilt selbst dann, wenn in der Vergangenheit Prostitution – freiwillig – ausgeübt wurde.
- kann die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Volksgruppe oder Religionsgemeinschaft bei bestimmten Arbeiten zu Konfliktlagen führen (bei einem Arbeitsuchenden jüdischen Glaubens etwa der Umgang mit nicht koscheren Lebensmitteln).

Die Ablehnung einer zumutbaren Arbeit wegen des damit verbundenen Umzugs kommt nur ausnahmsweise in Betracht. Auch Pendelzeiten müssen im Regelfall akzeptiert werden. Bei einer Beschäftigung von über 6 Stunden müssen 3 Stunden Pendelzeit täglich hingenommen werden.

### **Sonderregelungen für ältere Arbeitsuchende**

28 Eine wichtige Ausnahme von dem Grundsatz, dass erwerbsfähige Hilfebedürftige ihre Hilfebedürftigkeit möglichst durch Aufnahme einer Beschäftigung beenden müssen, gibt es für Betroffene, die das 58. Lebensjahr vollendet haben.

Schon bisher gab es in der Arbeitslosenversicherung und im Rahmen der Arbeitslosenhilfe die Regelung, dass 58jährige und Ältere Leistungen beziehen konnten, obwohl sie erklärt hatten, für eine Vermittlung nicht mehr zur Verfügung zu stehen. Sie mussten sich im Gegenzug allerdings verpflichten, so bald wie möglich eine – abschlagsfreie – Altersrente zu beantragen.

Dieser erleichterte Bezug von Leistungen gilt auch im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Die bisherigen Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, die von der Möglichkeit des erleichterten Bezugs nach dem SGB III Gebrauch gemacht hatten, behalten diesen Vorteil auch im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Sie sind von der Verpflichtung zu Eigenbemühungen befreit und müssen auch keine zumutbare Arbeit annehmen.

Personen, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld II das 58. Lebensjahr vollenden, haben nur noch bis zum Ablauf des Jahres 2007 die Möglichkeit, sich für den erleichterten Bezug zu entscheiden.

### **Eingliederung und Eingliederungsvereinbarung**

29 Dem Fordern steht das Fördern gegenüber. Dazu enthält § 14 SGB II eine grundsätzliche Regelung: Die Träger der Grundsicherung müssen erwerbsfähige Hilfebedürftige bei der Suche und Erlangung einer Beschäftigung oder Arbeitsgelegenheit unterstützen. Ziel ist es, die dauerhafte Eingliederung möglichst auf einem Arbeitsplatz im so genannten ersten Arbeitsmarkt zu erreichen.

Dazu ist dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen beim Träger der Grundsicherung der persönliche Ansprechpartner zu benennen. Mit diesem persönlichen

Ansprechpartner schließt er eine Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II) ab. Diese Vereinbarung regelt Rechte und Pflichten beider Seiten. Sie gilt grundsätzlich sechs Monate und wird dann erneuert (bis Ende des Jahres 2006 soll die Vereinbarung für zwölf Monate abgeschlossen werden; diese Übergangsregelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Träger der Grundsicherung ein optimal funktionierendes Fallmanagement erst aufbauen müssen).

Für den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen stehen bei den Pflichten die Eigenbemühungen im Vordergrund, die auf eine Beschäftigung ausgerichtet sein müssen.

Auf der anderen Seite stehen die Rechte. Dazu gehört die Inanspruchnahme von Leistungen, die der Träger der Grundsicherung zur Verfügung stellen kann. Es wird die Leistung vereinbart, die den konkreten Bedürfnissen der Hilfebedürftigen am besten gerecht wird. „Leistung“ ist auch die Vermittlung auf einen Arbeitsplatz, die immer vorrangig ist. Vereinbart werden kann die Bewilligung von Eingliederungsmaßnahmen (Rdnr. 30).

Ein in der Praxis sehr bedeutender Gesichtspunkt ist die Frage des „Urlaubs“ für Arbeitsuchende. Der Begriff Urlaub ist irreführend, weil Arbeitsuchende im Regelfall nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen und keinen Anspruch aus einer tariflichen Regelung oder dem sonstigen Urlaubsrecht haben (Ausnahmen gelten für bestimmte Formen von Arbeitsgelegenheiten). „Urlaub“ bedeutet für Arbeitsuchende, dass sie von der Verpflichtung zur Ortsanwesenheit zeitweise freigestellt werden können. Wann und wie lang dies möglich ist, entscheidet der persönliche Ansprechpartner im Rahmen der Eingliederungsvereinbarung. Es kommen naturgemäß nur solche Zeiträume in Betracht, in denen eine Vermittlung in eine Beschäftigung nicht wahrscheinlich ist. Der „Urlaub“ soll allerdings einen Zeitraum von 3 Wochen nicht überschreiten.

Wenn Arbeitsuchende nicht zum Abschluss der Eingliederungsvereinbarung bereit sind, kann der Träger der Grundsicherung sie – einseitig – als Verwaltungsakt erlassen und damit verbindlich machen.

Bei einer derartigen Verweigerung oder beim Verstoß gegen Pflichten aus der Eingliederungsvereinbarung besteht die Möglichkeit, das Arbeitslosengeld oder das Sozialgeld – als Sanktion – zu kürzen.

## Eingliederungsmaßnahmen

30 Zu den Maßnahmen, die in § 16 SGB II vorgesehen sind, gehören

- die im SGB III geregelten Eingliederungsleistungen (mit Ausnahmen)
- besondere ergänzende Hilfen und
- Arbeitsgelegenheiten.

§ 16 Abs. 1 SGB II enthält die Grundregel, dass – mit wenigen Ausnahmen – die Leistungen nach dem SGB III auch im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende Anwendung finden. Zu den Leistungen, die nicht übernommen sind, gehören das Überbrückungsgeld, der Existenzgründungszuschuss und die Entgeltssicherung. Eine Förderung der Selbstständigkeit kommt allerdings im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Zahlung des Einstiegs geldes in Betracht (Rdnr. 34).

Das SGB II verweist zu den Inhalten der Leistungen auf das SGB III. Nähere Ausführungen zu den Leistungen sind im Dritten Kapitel „Arbeitsförderung“ enthalten.

Die Frage, ob ein Rechtsanspruch besteht, oder ob es sich um Ermessensleistungen handelt, ist allerdings im SGB II eigenständig geregelt. Das SGB II sieht grundsätzlich nur Ermessensleistungen vor. Dies gilt auch dann, wenn auf bestimmte Leistungen nach dem SGB III ein Rechtsanspruch besteht.

### Beispiel:

Nach dem SGB III besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Ausstellung eines Vermittlungsgutscheins (§ 421g SGB III). Das SGB II sieht die Vergabe von Vermittlungsgutscheinen ebenfalls vor, stellt sie aber in das Ermessen des Trägers der Grundsicherung. Nach dem SGB II kann damit die Ausstellung eines Vermittlungsgutscheins nicht eingeklagt werden.

31 Von diesen Grundregeln weichen die Bestimmungen ab, die für behinderte Menschen gelten. § 16 Abs. 1 Satz 2 erklärt bestimmte Regelungen des SGB III für entsprechend anwendbar. Es handelt sich dabei um Leistungen, die an behinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.



**Beispiel:**

Eine gelernte Friseurin kann infolge einer Allergie in ihrem bisherigen Beruf nicht mehr tätig sein. Sie muss um Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme in einen anderen Beruf umgeschult werden.

Wenn nach dem SGB III ein Rechtsanspruch auf Leistungen besteht (z. B. bei einer Maßnahme in einem Berufsförderungswerk), besteht auch nach dem SGB II ein Rechtsanspruch.

32 Erwerbsfähige Hilfebedürftige können Leistungen zur Eingliederung grundsätzlich nur über das SGB II erhalten. Diese Grundregel ist bei Jugendlichen durchbrochen. Sie können, auch wenn sie erwerbsfähige Hilfebedürftige sind – Berufsausbildungsbeihilfe nach dem SGB III erhalten und an behinderte Jugendliche können Leistungen zur beruflichen Ersteingliederung auf der Basis des SGB III erbracht werden.

**Sonstige Leistungen zur Eingliederung**

33 Ausdrücklich vorgesehen sind als weitere Leistungen zur Eingliederung

- Betreuung von Kindern oder häusliche Pflege von Angehörigen und
- Schuldnerberatung und Suchtberatung.

Diese Leistungen können – als Ermessensleistungen - von den kommunalen Trägern (im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften) erbracht werden.

Als Leistungen der Agenturen für Arbeit (im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften) können

- das Einstiegsgeld und
- Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz

erbracht werden.

Nach § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB II können weitere Leistungen erbracht werden, die für die Eingliederung erforderlich sind. Diese Hilfen kommen nur in Betracht, wenn weder die Leistungen aus dem SGB III (in Verbindung mit § 16 Abs. 1 SGB II) noch die vorstehend genannten Leistungen zur Eingliederung ausreichen.

Im Rahmen dieser „Generalklausel“ können z. B. Führerscheine gefördert werden oder Prämien im Zusammenhang mit der regionalen Mobilität (Prä-

mien bei Arbeitsaufnahme außerhalb der bisherigen Region) gezahlt werden. Die Art und die Höhe der Leistung richten sich nach dem Einzelfall.

**Einstiegsgeld**

34 Einstiegsgeld kann an erwerbsfähige Hilfebedürftige gezahlt werden, die eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen haben und vorher arbeitslos waren. Hierbei kann das Einstiegsgeld auch dann gewährt werden, wenn die Hilfebedürftigkeit durch die Aufnahme der Erwerbstätigkeit entfällt.

Gefördert wird nur die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen oder selbständigen, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassenden Beschäftigung.

Bei der selbständigen Tätigkeit hängt die Förderung davon ab, dass die Tätigkeit nicht nur nebenberuflichen Charakter hat. In diesem Fall können neben der Zahlung des Einstiegsgeldes weitere Hilfen (z. B. zur Beschaffung eines Firmen-Pkw) zur Verfügung gestellt werden.

Das Einstiegsgeld wird als Zuschuss zum Arbeitslosengeld II für höchstens 24 Monate gezahlt.

Der Fördersatz beträgt grundsätzlich 50% der Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II (Rdnr. 40). Für Angehörige in der Bedarfsgemeinschaft und auch bei vorausgegangener längerer Arbeitslosigkeit des Empfängers kann eine Aufstockung vorgenommen werden; maximal können aber nur 100% der Regelleistung als Einstiegsgeld gezahlt werden.

Das Einstiegsgeld wird nicht als Einkommen auf das Arbeitslosengeld II angerechnet.

**Arbeitsgelegenheiten**

35 § 16 ermöglicht drei unterschiedliche Varianten der Arbeitsgelegenheiten:

- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen nach § 16 Abs. 1 SGB II in Verbindung mit §§ 260 ff SGB III,
- sonstige entgeltliche Arbeitsgelegenheiten und
- Arbeitsgelegenheiten, bei denen eine Mehraufwandsentschädigung gezahlt wird (so genannte Zusatzjobs).

**Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen**

36 Bei dieser Variante erfolgt eine Beschäftigung erwerbsfähiger Hilfebedürftiger in Arbeitsbeschaf-



fungsmaßnahmen nach den §§ 260 ff SGB III (in Verbindung mit § 16 Abs. 1 SGB II). Dabei sind unterschiedliche Anforderungen zu beachten:

Die Arbeiten müssen im öffentlichen Interesse liegen und außerdem „zusätzlich“ sein. Einzelheiten hierzu sind im Dritten Kapitel „Arbeitsförderung“ (Rdnr.107f) dargestellt.

### **Arbeitsgelegenheiten mit Entgelt**

37 § 16 Abs. 3 Satz 1 SGB II eröffnet die Möglichkeit, bei besonderen Formen von Unternehmen (z. B. in Betrieben mit sozialer Ausrichtung) Beschäftigungen zu fördern. Im Gegensatz zu den Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen kommt es in diesem Fall nicht auf ein öffentliches Interesse oder die „Zusätzlichkeit“ an. Allerdings sollen die Arbeitsgelegenheiten so ausgestaltet sein, dass sie wettbewerbsneutral sind, also nicht zu Benachteiligungen der privaten Mitbewerber führen.

Die Arbeitsgelegenheiten nach § 16 Abs. 3 Satz 1 SGB II sind insbesondere auf Zielgruppen mit spezifischen Problemlagen (Suchtkranke, psychisch behinderte Menschen) ausgerichtet. Sie haben zum Ziel, diesen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen eine dauerhafte Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Im Regelfall liegt die Förderungsdauer aber nur bei neun Monaten.

### **Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (Zusatzjobs)**

38 Die so genannten Zusatzjobs sind eine weitere Variante der Arbeitsgelegenheiten. Sie sollen für erwerbsfähige Hilfebedürftige geschaffen werden, die sonst keine Arbeit finden können, müssen im öffentlichen Interesse liegen und außerdem zusätzlich sein (Beispiel: Vorlesetätigkeit im Pflegeheim für Senioren).

Die Beschäftigung erfolgt nicht entgeltlich und damit auch nicht sozialversicherungspflichtig. Es wird während der Ausübung eines Zusatzjobs weiterhin Arbeitslosengeld II bezogen. Über den Bezug dieser Leistung ist gleichzeitig auch die soziale Absicherung (insbesondere die Krankenversicherung) gewährleistet. Die Unfallversicherung erfolgt über den Maßnahmeträger.

Für die Förderungsdauer von Zusatzjobs enthält das SGB II keine Vorgaben. Sie muss sich an den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes und an den individuellen Voraussetzungen des erwerbsfähigen Hilfe-

bedürftigen orientieren. Eine Festlegung kann in der Eingliederungsvereinbarung erfolgen (Rdnr. 29).

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass Zusatzjobs keine Basis für eine Dauerbeschäftigung sein können. Ziel muss die dauerhafte Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt sein und ist nur erreichbar, wenn für erwerbsfähige Hilfebedürftige neben dem Zusatzjob die Suche nach einer regulären Beschäftigung möglich bleibt. Vor diesem Hintergrund kann man davon ausgehen, dass Zusatzjobs auf 30 Stunden pro Woche beschränkt bleiben.

Die Mehraufwandsentschädigung ist kein Lohn. Sie wird deshalb auf das während des Zusatzjobs weitergezahlte Arbeitslosengeld II nicht angerechnet. Da in Krankheitszeiten sowie an Urlaubs- und Feiertagen kein Mehraufwand entsteht, wird für diese Zeiten keine Mehraufwandsentschädigung gezahlt. Die Höhe der Entschädigung soll pro Stunde einen Euro nicht unterschreiten. Sie wird sich im Regelfall zwischen ein bis zwei Euro bewegen.

## **Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts**

39 Die Grundsicherung für Arbeitsuchende unterscheidet zwischen zwei Geldleistungen: dem Arbeitslosengeld II für erwerbsfähige Hilfebedürftige und dem Sozialgeld für nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaft leben.

Als Arbeitslosengeld II werden Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sowie bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen ein befristeter Zuschlag erbracht. Als Sozialgeld werden grundsätzlich entsprechende Leistungen erbracht. Den befristeten Zuschlag können Bezieher von Sozialgeld aber nicht erhalten.

Das zu berücksichtigende Einkommen und Vermögen mindert die Geldleistungen der Agentur für Arbeit; soweit Einkommen und Vermögen darüber hinaus zu berücksichtigen ist, mindert es die Geldleistungen der kommunalen Träger.

### **Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts**

40 Die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts umfasst insbesondere Ernährung, Kleidung,

Körperpflege, Hausrat, Bedarfe des täglichen Lebens sowie in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben. Die Regelleistung bildet somit im Rahmen des Arbeitslosengeldes II das soziokulturelle Existenzminimum ab und umfasst die im Rahmen der genannten Bedarfe pauschalierbaren Leistungen. Sie beträgt für Personen, die alleinstehend oder alleinerziehend sind oder deren Partner minderjährig ist, in den alten Bundesländern einschließlich Berlin (Ost) 345 Euro, in den neuen Bundesländern 331 Euro.

Die Bemessung berücksichtigt Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten. Grundlage sind die tatsächlichen, statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben von Haushalten in unteren Einkommensgruppen. Datengrundlage ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe.

Die Regelleistung deckt laufende und einmalige Bedarfe pauschaliert ab. Im Einzelnen umfasst sie in etwa folgende Bedarfe:

- Nahrung, Getränke, Tabakwaren ca. 38%
- Bekleidung, Schuhe ca. 10%
- Wohnung (ohne Mietkosten), Strom ca. 8%
- Möbel, Apparate, Haushaltsgeräte ca. 8%

- Gesundheitspflege ca. 4%
- Verkehr ca. 6%
- Telefon, Fax ca. 6%
- Freizeit, Kultur ca. 11%
- Beherbergungs- & Gaststättenleistungen ca. 3%
- sonstige Waren und Dienstleistungen ca. 6%

Haben zwei Angehörige der Bedarfsgemeinschaft das 18. Lebensjahr vollendet, beträgt die Regelleistung jeweils 90 v. H. der Regelleistung für Alleinstehende. Die Regelleistung für sonstige erwerbsfähige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft beträgt 80 v. H. der Regelleistung für Alleinstehende.

Bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres beträgt die Regelleistung beim Sozialgeld 60 v. H. und im 15. Lebensjahr 80 v. H. der Regelleistung für Alleinstehende beim Arbeitslosengeld II.

41 Die Regelleistung für Alleinstehende wird jeweils zum 1. Juli eines Jahres um den Prozentsatz angepasst, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert.

Außerdem wird die Neubemessung der Regelleistung nach den Regelungen des SGB XII geprüft. Die Bemessung der Regelleistung wird überprüft und ggf.

## Übersicht über die Regelleistungen

Pauschalierte Regelleistungen (RL) bei Arbeitslosengeld II / Sozialgeld				
	Alleinstehend oder Alleinerziehend	Sonstige Angehörige der Bedarfsgemeinschaft		
		Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres  jeweils	Kinder ab Beginn des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres  jeweils	Partner ab Beginn des 19. Lebensjahres  jeweils
	100%	60% RL	80% RL	90% RL
Alte Länder einschließlich Berlin (Ost)	345 Euro	207 Euro	276 Euro	311 Euro
Neue Länder	331 Euro	199 Euro	265 Euro	298 Euro

weiter entwickelt, sobald die Ergebnisse einer neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe vorliegen. Die Regelleistungen in den neuen Bundesländern dürfen hierbei bis zur Festsetzung im Jahre 2010 nicht mehr als 14 Euro unter den Regelleistungen in den anderen Ländern festgesetzt werden.

Beispiele für verschiedene Bedarfsgemeinschaften sind unten dargestellt.

**Mehrbedarfe**

42 Die Leistungen für Mehrbedarfe umfassen Bedarfe, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind.

Die Leistungen für Mehrbedarfe müssen nicht gesondert beantragt werden. Dies gilt auch dann, wenn die Voraussetzungen für den Mehrbedarf erst nach der Antragstellung, also während des laufenden Leistungsbezugs eintreten. Die Summe der insgesamt zu zahlenden Mehrbedarfe darf nicht höher sein als die jeweils zustehende Regelleistung. Auch nicht erwerbsfähige Angehörige (Sozialgeldempfänger) haben bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen Anspruch auf Leistungen für Mehrbedarfe.

**Mehrbedarf für werdende Mütter**

43 Der Mehrbedarf bei Schwangerschaft wird ab der 13. Schwangerschaftswoche bis zum tatsächlichen Entbindungstermin gezahlt. Die Höhe des Mehrbedarfs beträgt 17% der individuell zustehenden Regelleistung.

**Übersicht über die Mehrbedarfe für werdende Mütter**

Regelleistungshöhe	Alte Bundesländer einschließlich Berlin (Ost)	Neue Bundesländer
100 %	59 Euro	56 Euro
90 %	53 Euro	51 Euro
80 %	47 Euro	45 Euro

**Mehrbedarf für Alleinerziehende**

44 Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammen leben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, wird ein Mehrbedarf anerkannt

- in Höhe von 36% der maßgebenden Regelleistung, wenn sie mit einem Kind unter sieben Jahren oder mit zwei oder drei Kindern unter sechzehn Jahren zusammen leben, oder
- in Höhe von 12% der maßgebenden Regelleistung für jedes Kind, wenn sich dadurch ein höherer Prozentsatz als nach obiger Berechnung ergibt, höchstens jedoch in Höhe von 60% der maßgebenden Regelleistung.

**Mehrbedarf für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige**

45 Erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige, denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33

Im Einzelnen ergeben sich hieraus folgende Prozentsätze:

%	12	24	36	48	60
1 Kind < 7			X		
1 Kind > 7	X				
2 Kinder < 16			X		
2 Kinder > 16		X			
1 Kind < 7 und 1 Kind > 16		X			
3 Kinder			X		
4 Kinder				X	
ab 5 Kinder					X
Betrag West	41 Euro	83 Euro	124 Euro	166 Euro	207 Euro
Betrag Ost	40 Euro	80 Euro	119 Euro	159 Euro	199 Euro

des SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben oder Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit erbracht werden, erhalten einen Mehrbedarf von 35% der jeweiligen Regelleistung. Ein Mehrbedarf kann auch nach Beendigung der genannten Maßnahmen während einer angemessenen Übergangszeit, vor allem einer Einarbeitungszeit, gewährt werden.

Voraussetzung für die Gewährung des Mehrbedarfs ist das Vorliegen einer Behinderung, eine daraus folgende Beeinträchtigung des Hilfesuchenden bei der Teilhabe am Arbeitsleben und die Erbringung von Hilfen zum Ausgleich dieser Beeinträchtigungen.

### Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung

46 Hilfebedürftige, die aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, erhalten einen Mehrbedarf in angemessener Höhe. Die Gewährung dieses Mehrbedarfs setzt daher einen Zusammenhang zwischen einer drohenden oder bestehenden Erkrankung und der Notwendigkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung voraus. Der Mehrbedarf wird gewährt, wenn die Notwendigkeit der kostenaufwändigeren Ernährung aus medizinischen Gründen nachweislich, z. B. durch eine Bescheinigung des behandelnden Arztes, belegt ist.

Die Höhe des zu gewährenden Mehrbedarfes bei kostenaufwändiger Ernährung setzt der Träger unter Berücksichtigung der bescheinigten Erkrankung sowie der daraus resultierenden erforderlichen Kostform fest.

### Leistungen für Unterkunft und Heizung

47 Im Rahmen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes werden auch Leistungen für Unterkunft und Heizung in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erbracht, soweit diese angemessen sind. Zuständig für die Gewährung dieser Leistungen sind die kommunalen Träger (Rdnr. 79 ff), die über die Angemessenheit der geltend gemachten Kosten der Unterkunft stets einzelfallbezogen entscheiden. Grundsätzlich werden die Kosten für Unterkunft und Heizung hierbei anteilig auf alle Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft bzw. der Wohngemeinschaft aufgeteilt.

Die Angemessenheit der Kosten der Unterkunft muss immer im Einzelfall überprüft werden. Ausgehend von den individuellen Verhältnissen des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen werden bei der Prüfung

die Anzahl der vorhandenen Räume, die örtlichen Mietpreise und die Lage auf dem örtlichen Wohnungsmarkt berücksichtigt. Der angemessene m<sup>2</sup>-Preis bestimmt sich insbesondere nach dem örtlichen Mietspiegel. Ist ein Mietspiegel nicht vorhanden, werden andere Vergleichsmaßstäbe herangezogen, z. B. die nach Haushaltsgröße, Gemeindestufe und Alter der Bezugsfertigkeit unterschiedlichen Höchstbeträge des Wohngeldgesetzes.

48 Die Wohnungsgröße ist in der Regel angemessen, wenn sie es ermöglicht, dass auf jedes Familienmitglied ein Wohnraum ausreichender Größe entfällt; darüber hinaus sind auch besondere persönliche und berufliche Bedürfnisse des Wohnberechtigten und seiner Angehörigen sowie der nach der Lebenserfahrung in absehbarer Zeit zu erwartende zusätzliche Raumbedarf zu berücksichtigen.

Im Durchschnitt kann von folgenden angemessenen Wohnungsgrößen ausgegangen werden.

1 Person	ca. 45 – 50 m <sup>2</sup>
2 Personen	ca. 60 m <sup>2</sup> oder 2 Wohnräume
3 Personen	ca. 75 m <sup>2</sup> oder 3 Wohnräume
4 Personen	ca. 85 – 90 m <sup>2</sup> oder 4 Wohnräume

sowie für jedes weitere Familienmitglied zirka 10 m<sup>2</sup> oder 1 Wohnraum mehr.

49 Wenn die Hilfebedürftigen ein (angemessenes) Eigenheim oder eine Eigentumswohnung bewohnen, werden im Rahmen der Leistungen für Unterkunft und Heizung die mit diesen verbundenen Belastungen übernommen. Dies sind z. B.:

- angemessene Schuldzinsen für Hypotheken,
- Grundsteuer und sonstige öffentliche Abgaben,
- Wohngebäudeversicherung, Erbbauzins sowie
- Nebenkosten wie bei Mietwohnungen (z. B. Müllgebühr, Schornsteinfegergebühr, Straßenreinigung) laufende Leistungen für Heizung.

Tilgungsraten können demgegenüber nicht übernommen werden, weil sie dem Vermögen des Hilfebedürftigen zufließen. Dies wäre nicht mit dem Zweck einer Fürsorgeleistung wie dem Arbeitslosengeld II/Sozialgeld zu vereinbaren.

50 Wird die Unterkunft vom kommunalen Träger nach einer Einzelfallentscheidung als zu groß oder zu teuer beurteilt, werden auch die unangemessenen

Kosten übernommen, wenn es den Betroffenen nicht möglich oder nicht zumutbar ist, durch einen Wohnungswechsel, durch Vermietung oder auf andere Weise die Aufwendungen zu senken. Eine Übernahme der unangemessenen Kosten ist für mindestens sechs Monate vorgesehen, es sei denn, eine Senkung der Kosten ist bereits früher möglich. Nach Ablauf des Sechs-Monats-Zeitraumes werden dann nur noch die angemessenen Kosten übernommen, es sei denn, mangels zur Verfügung stehenden angemessenen anderweitigen Wohnraums ist ein Umzug nach wie vor nicht möglich oder aus anderen Gründen nicht zumutbar und eine Senkung der Kosten ist auch auf andere Weise nicht möglich. In diesen Fällen können die höheren Kosten auch länger übernommen werden.

51 Die Kosten für Heizung werden in aller Regel in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen übernommen. Geringere als die angefallenen Kosten werden dann übernommen, wenn diese über einen längeren Zeitraum infolge unwirtschaftlichen Verhaltens der Hilfebedürftigen zu hoch sind.

Die Heizkosten ergeben sich insbesondere aus der Nebenkostenabrechnung des Vermieters. Bei anderen Kostenarten, z. B. selbst beschafftem Heizöl oder Kohlen, ist eine Gewährung von Pauschalen pro m<sup>2</sup> Wohnfläche üblich.

52 Wird ein Umzug auf Veranlassung des kommunalen Trägers erforderlich, soll der Hilfebedürftige vor Abschluss eines Vertrages über eine neue Unterkunft die Zusicherung des kommunalen Trägers zu den Aufwendungen für die neue Unterkunft einholen. Ist der Umzug erforderlich und Aufwendungen für die neue Unterkunft angemessen, ist der kommunale Träger zu einer Zusicherung für die Übernahme der neuen Kosten verpflichtet. Auch Wohnungsbeschaffungskosten, Mietkautionen und Umzugskosten können bei vorheriger Zusicherung durch den kommunalen Träger übernommen werden, insbesondere dann, wenn der Umzug durch den kommunalen Träger veranlasst oder aus anderen Gründen notwendig ist.

53 Grundsätzlich werden die Leistungen für Unterkunft und Heizung an die Hilfebedürftigen gezahlt. Nur im Ausnahmefall zahlt der kommunale Träger die Leistungen an den Vermieter oder andere Empfangsberechtigte, wenn die zweckentsprechende Verwendung durch den Hilfebedürftigen nicht sichergestellt ist. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn dem zuständigen Träger Mietrückstände aus einem

Zeitraum bekannt werden, in dem Arbeitslosengeld II bezogen wurde.

Mietschulden können im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nur dann und als Darlehen übernommen werden, wenn sonst Wohnungslosigkeit einzutreten droht und hierdurch die Aufnahme einer konkret in Aussicht stehenden Beschäftigung verhindert würde. In allen anderen Fällen können Mietschulden aber nach den Regelungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII übernommen werden.

## Abweichende Erbringung von Leistungen

### Darlehen bei unabweisbarem Bedarf

54 Durch die Regelleistung sind auch die Bedarfe zur Sicherung des Lebensunterhalts pauschaliert abgedeckt, die im Allgemeinen einmalig bestehen. Daher wird im System der Grundsicherung für Arbeitsuchende davon ausgegangen, dass die Hilfebedürftigen für diese Bedarfe aus der Regelleistung Beiträge ansparen, um sie bei Bedarf für die Beschaffung bestimmter Gegenstände einsetzen zu können. Korrespondierend hierzu wird ein zusätzlicher Freibetrag für Vermögen in Höhe von 750 Euro je Mitglied der Bedarfsgemeinschaft eingeräumt (Rdnr. 70).

Kann im Einzelfall ein solcher, nach den Umständen unabweisbarer Bedarf nicht gedeckt werden, weil keine Ansparungen vorhanden sind und kann der Bedarf auch auf andere Weise nicht gedeckt werden, wird er bei entsprechendem Nachweis als Sachleistung oder als Geldleistung darlehensweise erbracht.

Unabweisbare Bedarfe können etwa durch Verlust oder Diebstahl von Barmitteln entstehen. Ein Darlehen kann aber auch z. B. bei notwendigen Reparaturen von Haushaltsgeräten oder bei notwendiger Anschaffung von Winterkleidung bei heranwachsenden Kindern geleistet werden.

Der Träger behält zur Tilgung des Darlehens Beträge von bis zu 10% der an den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen jeweils zu zahlenden Regelleistung als monatliche Aufrechnung ein.

### Sachleistungen

55 Den Hilfebedürftigen werden Regelleistungen mit dem Zweck der Sicherung des Lebensunterhalts gewährt. Wird z. B. durch häufige Nachfrage eines

Hilfebedürftigen nach zusätzlichen Leistungen bekannt, dass der Hilfebedürftige die Regelleistung anderweitig verwendet oder durch unwirtschaftliches Verhalten vorzeitig verbraucht und somit seinen und ggf. auch den Lebensunterhalt der übrigen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gefährdet, kann der Träger die Regelleistung ganz oder teilweise als Sachleistung erbringen. Dies gilt insbesondere bei Drogen- oder Alkoholabhängigkeit.

Sachleistungen sind Leistungen, die dem Hilfebedürftigen unmittelbar in Form des benötigten Bedarfes (Gebrauchsgegenstände wie z. B. Bekleidung, Hausrat), Kostenübernahmeerklärung oder aber auch in Form von Gutscheinen (z. B. Lebensmittelgutscheine) zukommen.

## Nicht von den Regelleistungen umfasste Bedarfe

56 Folgende Bedarfe sind nicht von den Regelleistungen umfasst und werden auf Antrag als Beihilfe gesondert erbracht:

- Erstausstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
- Erstausstattungen für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt und
- mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen.

Solche Leistungen können auch dann erbracht werden, wenn die Antragsteller sonst nicht hilfebedürftig

<b>Beispiele für Bedarfe beim Arbeitslosengeld II / Sozialgeld (alte Bundesländer / neue Bundesländer) in Euro</b>								
	Alleinstehend	Alleinerziehend (1K, 12 J.)	Alleinerziehend (1K, 4 J.)	Alleinerziehend (2K 8/15 J.)	(Ehe-) Paar	Paar 1 Kind (4 J.)	Paar 2 Kinder (8/12 J.)	Paar 3 Kinder (8/12/15 J.)
Regelleistung	345/331	345/331	345/331	345/331	311/298	311/298	311/298	311/298
Regelleistung					311/298	311/298	311/298	311/298
Ggf. Mehrbedarf		41/40	124/119	124/119				
Regelleistung Kind (0-14 J.)		207/199	207/199	207/199		207/199	207/199	207/199
Regelleistung Kind (0-14 J.)				207/199			207/199	207/199
Regelleistung Kind (ab 15 J.)								276/265
Kosten der Unterkunft	273/207	354/294	354/294	419/342	352/285	416/330	471/371	527/414
Kosten für Heizung	44/41	60/53	60/53	66/62	60/53	66/62	67/70	80/72
Summe Bedarf Arbeitslosengeld II/Sozialgeld	662/579	1007/917	1090/996	1437/1298	1034/934	1311/1187	1574/1435	1919/1745
Vom Bedarf Arbeitslosengeld II / Sozialgeld ist insbesondere zu berücksichtigendes Einkommen abzusetzen. Ergibt sich nach Abzug des Einkommens noch ein Bedarf, kann sich das Alg II in den ersten zwei Jahren nach dem Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld um einen befristeten Zuschlag erhöhen.								
Bei den angegebenen Werten der Leistungen für Unterkunft und Heizung handelt es sich um eine beispielhafte Nennung der durchschnittlichen Kosten der Bezieher von Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, Stand 1. Januar 2004.								



sind, weil sie ihren Lebensunterhalt einschließlich der Kosten für Unterkunft und Heizung aus eigenen Mitteln bestreiten können. In diesem Fall kann auch Einkommen berücksichtigt werden, dass Hilfebedürftige innerhalb eines Zeitraumes von bis zu sechs Monaten nach Ablauf des Monats erwerben, in dem über die Leistung entschieden worden ist.

### **Darlehen bei zu erwartenden Einnahmen**

57 Einnahmen werden in dem Monat auf den Bedarf angerechnet, in dem sie zufließen (Rdnr. 61 ff). Dadurch wird bei voraussichtlichem Zufluss im Laufe des Kalendermonats die erwartete Einnahme bereits am Monatsbeginn auf den Bedarf angerechnet, weil die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts monatlich im Voraus erbracht werden. Dies kann dazu führen, dass ein Bedarf, der zu Monatsbeginn besteht, eigentlich bis Ende des Monats (z. B. Lohnzahlung) ungedeckt ist.

In diesem Fall kann ein angemessenes Darlehen zur Überbrückung geleistet werden.

### **Befristeter Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld**

58 Zweck des befristeten Zuschlages ist es, einen Teil der Einkommenseinbußen abfedern, die beim Übertritt vom Arbeitslosengeld zum Arbeitslosengeld II entstehen können.

Der erwerbsfähige Hilfebedürftige erhält daher einen monatlichen Zuschlag, soweit er innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld (nach dem SGB III) Arbeitslosengeld II bezieht. Der Zuschlag wird nach Ablauf des ersten Jahres halbiert.

Der Zuschlag beträgt zwei Drittel des Unterschiedsbetrages zwischen

- dem von dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld und dem nach dem Wohngeldgesetz erhaltenen Wohngeld und
- dem an den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und die mit ihm in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen zu zahlenden Arbeitslosengeld II.

Der Zuschlag ist im ersten Jahr

- bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen auf höchstens 160 Euro,

- bei Partnern auf insgesamt höchstens 320 Euro und
- für die mit dem Zuschlagsberechtigten in Bedarfsgemeinschaft zusammenlebenden minderjährigen Kinder auf höchstens 60 Euro pro Kind begrenzt.

Spätere Änderungen, wie z. B. die Geburt eines Kindes, die den Höchstbetrag des Zuschlages erhöhen würde, aber auch eine Verringerung des Bedarfes durch Einkommenserzielung führen nicht zu einer Neuberechnung des Zuschlages. Der Zuschlag fällt allerdings weg, sobald keine Hilfebedürftigkeit mehr besteht.

Der Zuschlag kommt auch für Übergangsfälle in Betracht, die innerhalb der Zwei-Jahres-Frist (01.01.2003 – 31.12.2004) Arbeitslosengeld bezogen haben und bis zum 31.12.2006 erstmalig Arbeitslosengeld II beantragen. Der Anspruch besteht bis zum kalendermäßigen Ablauf der Zwei-Jahres-Frist.

#### **Beispiel:**

Arbeitslosengeld bis 24.01.2004. Der volle Zuschlag ist vom 01.01.2005 – 24.01.2005, der halbierte vom 25.01.2005 – 24.01.2006 zu gewähren.

### **Antragstellung, Berechnung und Auszahlung der Leistungen**

59 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden auf Antrag erbracht und grundsätzlich erst ab dem Tag der Antragstellung gezahlt. Treten die Anspruchsvoraussetzungen an einem Tag ein, an dem der zuständige Träger von Leistungen nicht geöffnet hat, gilt ein unverzüglich gestellter Antrag ab diesem Tag.

Im Normalfall werden die Leistungen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft von dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen als Bevollmächtigten der gesamten Bedarfsgemeinschaft beantragt und entgegengenommen. Hierbei ist derjenige der Bevollmächtigte, der die Leistungen beantragt.

Der Bevollmächtigte ist auch Empfänger der Bescheide. Trotzdem richtet sich der Bescheid inhaltlich nicht nur an den Bevollmächtigten bzw. den Antragsteller, sondern an die gesamte Bedarfsgemeinschaft.

Diese gesetzliche Vermutung der Vertretung gilt dann nicht, wenn Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft ge-



genüber dem Träger erklären, dass sie ihre Interessen selbst wahrnehmen wollen, z. B. die Leistungen auf das eigene Konto gezahlt haben möchten. Eine solche Erklärung ist schriftlich abzugeben.

Der Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts besteht für jeden Kalendertag, allerdings wird der Monat mit 30 Tagen berechnet. Wenn die Leistungen nur für Teile eines Monats zustehen, wird die Leistung anteilig erbracht. Bei der Berechnung der Leistungen werden Beträge, die nicht volle Euro ergeben, bis zu 0,49 Euro abgerundet und von 0,50 Euro an aufgerundet.

60 Die Leistungen sollen jeweils für sechs Monate bewilligt werden (Regelbewilligungszeitraum). Abweichungen hiervon waren insbesondere zu Beginn des Jahres 2005 bei Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende möglich – hier wurden die Leistungen erstmalig für einen Zeitraum von drei bis neun Monaten bewilligt. Die Leistungen werden monatlich im Voraus erbracht.

Die Geldleistungen werden auf das im Antrag angegebene inländische Konto bei einem Geldinstitut überwiesen. Wenn der Antragsteller über kein Konto verfügt, werden die Leistungen mit einer Postzahlungsanweisung zur Verrechnung an den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Berechtigten übermittelt. Hierbei werden die dadurch verursachten Kosten in der Regel von den Geldleistungen abgezogen.

Die Kosten können nur dann vom Träger übernommen werden, wenn nachgewiesen wird, dass die Errichtung eines Kontos ohne eigenes Verschulden nicht möglich war. Hierbei gilt: Für Geldinstitute besteht zwar keine gesetzliche Verpflichtung, für jedermann ein Konto zu führen. Die Kreditinstitute, die Girokonten für alle Bevölkerungsgruppen führen, sind jedoch nach einer Empfehlung des Zentralen Kreditausschusses aufgefordert, zumindest ein Girokonto auf Guthabenbasis zu ermöglichen, damit jeder am bargeldlosen Zahlungsverkehr teilnehmen kann. Sofern trotzdem kein Konto eingerichtet wird, ist eine Prüfung durch die Kundenbeschwerdestelle der jeweiligen Kreditinstitutsgruppe möglich. Näheres kann den Internetseiten des Zentralen Kreditausschusses ([www.zentraler-kreditausschuss.de](http://www.zentraler-kreditausschuss.de)) entnommen werden.

Die Kosten einer Zahlungsanweisung zur Verrechnung betragen 2,10 Euro als Grundentgelt sowie

abhängig von der Höhe des Auszahlungsbetrages eine zusätzliche Gebühr. Das Grundentgelt wird sofort von der Geldleistung abgezogen. Die zusätzliche Gebühr wird erst bei der Einlösung einbehalten und beträgt:

bis 50,00 Euro	3,50 Euro
über 50,00 Euro bis 250,00 Euro	4,00 Euro
über 250,00 Euro bis 500,00 Euro	5,00 Euro
über 500,00 Euro bis 1.000,00 Euro	6,00 Euro
über 1.000,00 Euro bis 1.500,00 Euro	7,50 Euro.

### Berücksichtigung von Einkommen

61 Erwerbsfähige Hilfebedürftige und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen haben in eigener Verantwortung alle Möglichkeiten zu nutzen, ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften zu bestreiten (§ 2 Abs. 2 SGB II). Hierzu gehört der Einsatz des zu berücksichtigenden Einkommens und Vermögens.

Einkommen und Vermögen grenzen sich grundsätzlich dadurch voneinander ab, dass Einkommen alles das ist, was jemand in der Bedarfszeit wertmäßig dazu erhält, und Vermögen das, was er in der Bedarfszeit bereits hat. Bedarfszeit ist hierbei stets die Zeit, für die die Leistungen begehrt werden.

Das zu berücksichtigende Einkommen mindert die oben beschriebenen Bedarfe der Hilfebedürftigen. Hierbei wird nicht zwischen „Nebeneinkommen“ und Einkommen aus einer hauptberuflichen (Vollzeit-) Beschäftigung unterschieden. Insbesondere gibt es beim Arbeitslosengeld II auch keinen pauschalen Freibetrag für Nebentätigkeiten. Auch Einkünfte aus so genannten mühelosen Einkommen (z. B. Kindergeld, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, oder Zinseinnahmen) werden berücksichtigt.

Außerdem ist das Bestehen von Arbeitslosigkeit keine Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld II. Dementsprechend gilt auch die bei Arbeitslosengeld-Beziehern geltende 15-Stunden-Grenze nicht. Dies bedeutet, dass ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II auch bei Ausübung einer nicht bedarfsdeckenden Teilzeitbeschäftigung oberhalb von 15 Stunden wöchentlich in Betracht kommen kann.

### Bestimmung des Einkommens

62 Einkommen im Sinne des SGB II sind grundsätzlich alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert.

Hierzu gehören alle Einnahmen ohne Rücksicht auf ihre Herkunft oder Rechtsnatur. Unerheblich ist auch, ob sie der Steuerpflicht unterliegen. Auch Sachleistungen (z. B. unentgeltliche Bereitstellung von Mittagessen) sind zu berücksichtigen – sie werden nach der Sachbezugsverordnung bewertet. Zum Einkommen gehören danach insbesondere Arbeitsentgelt aus Beschäftigung oder selbstständiger Tätigkeit, aus Land- und Forstwirtschaft, Sachbezüge, Renten, aber auch z. B. Kindergeld oder Mieteinnahmen und Kapitaleinkünfte. Allerdings ist Einkommen aus Erwerbstätigkeit durch einen zusätzlichen Freibetrag besonders privilegiert.

63 Zweckgebundene Einnahmen, die einem anderen Ziel als das Arbeitslosengeld II dienen, werden dann nicht berücksichtigt, wenn sie die Lage des Empfängers nicht so beeinflussen, dass daneben Leistungen des Arbeitslosengeldes II/Sozialgeld nicht mehr gerechtfertigt wären. Dies ist z. B. der Fall, wenn die Einnahmen und Zuwendungen einen Betrag in Höhe einer halben monatlichen Regelleistung, also etwa 173/165 Euro, nicht übersteigen. Hierzu gehören z. B. steuerfreie Einnahmen aus einer nebenberuflichen Tätigkeit als Übungsleiter (§ 3 Nr. 26 EStG) oder Aufwandsentschädigungen im Rahmen sonstiger ehrenamtlicher Tätigkeiten (z. B. freiwillige Feuerwehr).

64 Ebenfalls nicht zum berücksichtigungsfähigen Einkommen zählt – unter bestimmten Voraussetzungen – der Teil des Einkommens eines leistungsfähigen Unterhaltsverpflichteten, der auf Grund eines titulierten Unterhaltsanspruches gepfändet ist oder jederzeit gepfändet werden könnte, also nicht als „bereites“, d. h. einsatzfähiges Einkommen zur Verfügung steht.

Schließlich gelten unter anderem folgende Einnahmen nicht als Einkommen:

- nicht steuerpflichtige Einnahmen einer Pflegeperson für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, wenn Angehörige gepflegt werden, insbesondere Pflegegeld nach dem SGB XI
- Kindergeld, das die Eltern nachweislich an ihr nicht im Haushalt lebendes volljähriges Kind weiterleiten
- Die Eigenheimzulage, soweit sie nachweislich zur Finanzierung einer nicht als Vermögen zu berücksichtigenden Immobilie verwendet wird (Rdnr. 69)

- Einnahmen eines unter 15jährigen Kindes bis zur Höhe von 100 Euro monatlich
- die EU-rechtliche Übergangsbeihilfe für ehemalige Arbeitnehmer der Eisen- und Stahlindustrie bis zum 31.12.2007, jedoch nur in der Höhe, die dem Unternehmen von der Bundesagentur für Arbeit erstattet wird.
- einmalige Einnahmen und Einnahmen, die in größeren als monatlichen Zeitabständen anfallen, wenn sie für jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft jährlich 50 Euro nicht übersteigen (z. B. Erträge, Zinsen, die nur einmal fällig werden und diese Grenze nicht überschreiten) und
- bei Soldaten der Auslandsverwendungszuschlag und der Leistungszuschlag.

### Absetzbeträge

65 Das Einkommen wird zunächst um bestimmte Absetzbeträge vermindert. Allein diese Absetzbeträge können bereits einen erheblichen Anreiz zur Ausübung einer geringfügigen Tätigkeit darstellen. Abzusetzen sind zunächst stets die auf das Einkommen entfallenden Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung.

Zur Vereinfachung der Berechnung des zu berücksichtigenden Einkommens aus Erwerbstätigkeit wurde ab 1. Oktober 2005 ein so genannter Grundfreibetrag für folgende Absetzbeträge eingeführt:

- Beiträge zu gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungen (z. B. Kfz-Haftpflicht),
- Beiträge zu nach Grund und Höhe angemessenen öffentlichen und privaten Versicherungen – hierzu gehören z. B. die Hausrat-, Haftpflicht-, Unfall- und Lebensversicherung;
- Beträge zur Riester-Rente,
- Die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten)

Bei (Neben-)Beschäftigungen oberhalb 400 Euro brutto kann der Arbeitnehmer insgesamt höhere Absetzbeträge als die grundsätzlich vorgesehenen 100 Euro monatlich nachweisen. Für den Vergleich, ob ein höherer Betrag abzusetzen ist, gilt folgendes:

- Beiträge zu gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungen (z. B. Kfz-Haftpflicht) sind in der tatsächlich gezahlten Höhe anzusetzen, zusätzlich ein Pauschbetrag von 30 Euro monatlich. Für

Beiträge volljähriger Hilfebedürftiger zu angemessenen öffentlichen und privaten Versicherungen – unabhängig von tatsächlichen Kosten;

- Beträge für die Riester-Rente bis zur Höhe des staatlich geförderten Mindesteigenbetrages (2005 = 2%, ab 2006 = 3%, ab 2008 = 4% der Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres abzüglich der Zulagen),
- Werbungskosten grundsätzlich in Höhe einer Pauschale von 15,33 Euro monatlich (ein Sechstel der steuerlichen Pauschale) sowie bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges Fahrkosten in Höhe von 0,20 Euro pro Entfernungskilometer; allerdings kann der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende auch den Betrag ansetzen, der bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel anfallen würde, wenn der Abzug der Pauschale von 0,20 Euro je Entfernungskilometer einen unangemessen hohen Abzug darstellen würde.

#### Beispiel:

Für öffentliche Verkehrsmittel innerhalb einer Großstadt würden 50 Euro für ein Sozialticket monatlich anfallen. Der Arbeitnehmer fährt 20 Arbeitstage innerhalb dieser Stadt mit einer Entfernung von 18 Kilometern. Der sich ergebende Pauschbetrag von 72 Euro ist gegenüber den Kosten für das Monatsticket unangemessen hoch. Es werden daher für Fahrkosten nur 50 Euro abgesetzt.

Bei Einnahmen, die nicht aus Erwerbstätigkeit erzielt werden (z. B. Zinseinnahmen oder Renten), gilt der Grundfreibetrag aber nicht. In diesen Fällen wird aber der Abzug von Versicherungsbeiträgen und Beiträgen zur Riester-Rente vorgenommen.

#### Selbständige Tätigkeit und Gewerbebetrieb

65a Werden Einkünfte aus einer selbständigen (Neben-)Beschäftigung oder aus einem Gewerbebetrieb erzielt, so gilt als monatliches Bruttoeinkommen für die Berechnung der Freibeträge ein Zwölftel des Betriebsgewinns im jeweiligen Kalenderjahr. Hierzu ist den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eine Gewinn- und Verlustrechnung vorzulegen, die an Hand von geeigneten Unterlagen (z. B. Vorjahressteuerbescheid) zu belegen ist. Regelmäßig wird dann zunächst vorläufig über die Höhe des zu berücksichtigenden Einkommens entschieden;

die endgültige Festsetzung erfolgt nach Vorlage des für das jeweilige Jahr gültigen Einkommensteuerbescheides.

66 Bei Einkommen aus Erwerbstätigkeit wird zusätzlich zu den genannten Absetzbeträgen ein weiterer Freibetrag berücksichtigt. Zunächst gilt der oben beschriebene Grundfreibetrag von 100 Euro monatlich. Darüber hinausgehendes Bruttoeinkommen bis 800 Euro monatlich ist zu 20% anrechnungsfrei. Weiteres Bruttoeinkommen bis 1.200 Euro monatlich wird noch zu 10% anrechnungsfrei gestellt; für Beschäftigte mit Kindern beträgt die Grenze 1.500 Euro.

Daraus ergeben sich z. B. folgende Freibeträge:

Bruttoverdienst	anrechnungsfreier Betrag
100 Euro	100 Euro
200 Euro	120 Euro
400 Euro	160 Euro
800 Euro	240 Euro
1.200 Euro	280 Euro
1.500 Euro (mit Kind)	310 Euro

#### Beispiele für die Einkommensberücksichtigung:

##### Beispiel 1:

Minijob, 5 Arbeitstage

Bruttoentgelt	200,00 Euro
./. Steuern (Stkl. I)	0,00 Euro
./. SV-Beiträge	0,00 Euro
./. Grundfreibetrag	100,00 Euro
= Bereinigtes Einkommen:	100,00 Euro

Ermittlung Freibetrag bei Erwerbstätigkeit:

Brutto 100,01 - 200 Euro =	
100 x 20% =	20,00 Euro
Freibetrag	20,00 Euro
Anrechnung:	
Bereinigtes Einkommen	100,00 Euro
./. Freibetrag	20,00 Euro

**Zu berücksichtigendes Einkommen: 80,00 Euro**

**Beispiel 2:**

Erwerbstätigkeit, 10 Arbeitstage, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zur Arbeitsstelle, kein Auto.

Bruttoentgelt	800,00 Euro
./.. Steuern (Stkl. I)	0,00 Euro
./.. SV-Beiträge	169,60 Euro
./.. Pauschbetrag für Versicherungen*	30,00 Euro
./.. KfZ-Haftpflichtversicherung*	0,00 Euro
./.. Werbungskosten (nachgewiesene notwendige Höhe)*	80,00 Euro
= Bereinigtes Einkommen:	520,40 Euro

\* Hier wird nicht der Grundfreibetrag von 100 Euro in Abzug gebracht, weil insgesamt ein höherer Betrag nachgewiesen wird (110 Euro).

Ermittlung Freibetrag bei Erwerbstätigkeit:

Brutto 100,01 - 800 Euro =	
700 x 20% =	140,00 Euro
Freibetrag	140,00 Euro

Anrechnung:

Bereinigtes Einkommen	520,40 Euro
./.. Freibetrag	140,00 Euro

**Zu berücksichtigendes Einkommen: 380,40 Euro**

**Beispiel 3:**

Arbeitsverhältnis, 20 Entfernungskilometer, 20 Arbeitstage monatlich, kein Kind vorhanden.

Bruttoentgelt	1.400,00 Euro
./.. Steuern (Stkl. I)	108,81 Euro
./.. SV-Beiträge	309,40 Euro
./.. Pauschbetrag für Versicherungen*	30,00 Euro
./.. KfZ-Haftpflichtversicherung*	34,00 Euro
./.. Werbungskosten (20 Tage x 20 Kilometer x 0,20 Euro)	80,00 Euro
= Bereinigtes Einkommen:	837,79 Euro

\* Hier wird nicht der Grundfreibetrag von 100 Euro in Abzug gebracht, weil insgesamt ein höherer Betrag nachgewiesen wird (144 Euro).

Ermittlung Freibetrag bei Erwerbstätigkeit:

Brutto 100,01 - 800 Euro =	
720% =	140,00 Euro
Brutto 800,01 - 1200 Euro =	
400 x 10% =	40,00 Euro
Gesamtfreibetrag	180,00 Euro

Anrechnung:

Bereinigtes Einkommen	837,79 Euro
./.. Freibetrag	180,00 Euro

**Zu berücksichtigendes Einkommen: 657,79 Euro**

**Berücksichtigung einmaliger Einnahmen**

67 Einmalige Einkünfte, wie z. B. Lottogewinne oder Steuererstattungen, die während der Bedarfszeit zufließen, gehören zum Einkommen und nicht zum Vermögen. Sie werden als einmalige Einnahmen berücksichtigt. Gleiches gilt für Einnahmen, die in größeren als monatlichen Zeitabständen zufließen, wie jährlich gezahltes Weihnachtsgeld.

Einmalige Einnahmen werden von dem Monat an berücksichtigt, in dem sie zufließen. Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende können die Berücksichtigung aber auch erst ab dem Folgemonat vornehmen. Die Einnahmen sollen auf einen angemessenen Zeitraum aufgeteilt und monatlich mit einem entsprechenden Teilbetrag angesetzt werden.

**Beispiel:**

Ein alleinstehender erwerbsfähiger Hilfebedürftiger hat einen Bedarf in Höhe von 555 Euro monatlich (345 Euro Regelleistung und 210 Euro Kosten der Unterkunft und Heizung). Er erhält am 20.03.2006 eine Einkommensteuererstattung in Höhe von 200 Euro. Die Erstattung erfolgt zwar für ein Kalenderjahr. Gleichwohl ist eine Aufteilung auf einen Monat angemessen, da hierdurch die Hilfebedürftigkeit nicht beseitigt wird. Nach Abzug der Versicherungspauschale ergibt sich ein zu berücksichtigendes Einkommen von 170 Euro. Da die Leistungen im Voraus erbracht werden, werden die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Monat April 2006 die Leistungen um 170 Euro reduzieren.

Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende können in begründeten Einzelfällen einmalige Einnahmen unberücksichtigt lassen, wenn die Berücksichtigung als Einkommen eine besondere Härte für den Hilfebedürftigen bedeuten würde. Unabhängig davon ist aber immer eine Berücksichtigung als Vermögen zu prüfen. Eine besondere Härte kann z. B. vorliegen, wenn

- eine Sozialleistung, für einen Zeitraum vor Inkraft-Treten des SGB II wegen Säumnis des Leistungsträgers nachgezahlt wird,
- der Sinn und Zweck der Leistung einer Berücksichtigung als Einkommen entgegen steht (z. B. Insolvenzgeld),
- eine andere Sozialleistung zunächst vorläufig festgesetzt wurde und eine Differenznachzahlung erst während der Bedarfszeit erfolgt,
- eine Nachzahlung aufgrund eines Widerspruchs-/Klageverfahrens erst während der Bedarfszeit erfolgt oder
- Unterhaltsrückstände aus einer Zeit vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II durch den Verpflichteten erst während der Bedarfszeit beglichen werden.

### Berücksichtigung von Vermögen

68 Geldleistungen können nur erbracht werden, soweit kein zu berücksichtigendes Vermögen vorhanden ist. Allerdings gilt hier der Grundsatz, dass nicht alle vorhandenen Vermögenswerte einzusetzen sind. Einige Vermögensgegenstände zählen nicht zum zu berücksichtigenden Vermögen, und für alle anderen werden bestimmte Freibeträge eingeräumt.

Als Vermögen sind grundsätzlich alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen. Vermögen ist verwertbar, wenn es für den Lebensunterhalt verwendet bzw. sein Geldwert für den Lebensunterhalt durch Verbrauch, Übertragung, Beleihung, Vermietung oder Verpachtung nutzbar gemacht werden kann.

Zum Vermögen gehören demnach z. B.

- Bargeld (gesetzliche Zahlungsmittel) und Schecks,
- bebaute und unbebaute Grundstücke,
- bewegliche Sachen, wie z. B. Schmuckstücke, Gemälde und Möbel,

- auf Geld gerichtete Forderungen,
- Aktien, Fondsanteile und
- Rechte aus Grundschulden und Nießbrauch,

69 Folgende Sachen und Rechte zählen nicht als zu berücksichtigendes Vermögen:

- angemessener Hausrat (Gegenstände, die zur Haushaltsführung und zum Wohnen notwendig oder üblich sind)
- ein angemessenes Kraftfahrzeug für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Die Prüfung der Angemessenheit wird hierbei einzelfallbezogen vorgenommen. Berücksichtigt wird z. B. die Größe der Bedarfsgemeinschaft, die Anzahl der Kfz im Haushalt oder der Zeitpunkt des Erwerbs. Üblicherweise werden Kraftfahrzeuge mit einem zu erzielenden Wert von maximal 5.000 Euro ohne weitere Prüfung als angemessen anerkannt.
- vom Inhaber als für die Altersvorsorge bestimmt bezeichnete Vermögensgegenstände in angemessenem Umfang, wenn der erwerbsfähige Hilfebedürftige oder sein Partner von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit ist. Hierbei reicht Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung nicht aus – es muss eine Befreiung vorliegen. Sachen und Rechte, die nachweislich der Alterssicherung dienen, werden dann nicht als Vermögen berücksichtigt.
- ein selbst genutztes Hausgrundstück von angemessener Größe oder eine entsprechende Eigentumswohnung. Die Angemessenheit einer solchen Immobilie richtet sich nach den Verhältnissen im Einzelfall. Bis zu einer Größe von 130 m<sup>2</sup> wird die Angemessenheit aber in der Regel anerkannt. Für die Grundstücksfläche gilt eine Größe von mindestens 500 m<sup>2</sup> im städtischen und von mindestens 800 m<sup>2</sup> im ländlichen Bereich als angemessen. Hier wird auch berücksichtigt, ob das Grundstück teilbar ist.
- Vermögen, solange es nachweislich zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung eines Hausgrundstücks von angemessener Größe bestimmt ist, soweit dieses zu Wohnzwecken behinderter oder pflegebedürftiger Menschen dient oder dienen soll und dieser Zweck durch den Einsatz oder die Verwertung des Vermögens gefährdet würde.

- Sachen und Rechte, soweit ihre Verwertung offensichtlich unwirtschaftlich ist oder für den Betroffenen eine besondere Härte bedeuten würde. Unwirtschaftlich ist eine Verwertung durch Verkauf z. B. dann, wenn unter Berücksichtigung der Verwertungskosten der zu erzielende Verkehrswert einer Kapital-Lebensversicherung mehr als 10% unter dem Substanzwert (Summe der eingezahlten Beträge) liegt. Allerdings kann auch geprüft werden, ob eine Verwertung durch Beleihung wirtschaftlich wäre.
- Bei Anlageformen, die bereits auf Grund ihrer Art Schwankungen unterliegen (z. B. Aktien, Aktienfonds) wird der Vergleich zwischen Verkehrs- und Substanzwert aber nicht vorgenommen.
- Die Anerkennung einer besonderen Härte bei der Vermögensberücksichtigung kommt insbesondere dann in Betracht, wenn Ersparnisse für die Altersvorsorge, die trotz lückenhafter Rentenversicherung (z. B. wegen früherer Selbständigkeit), kurz vor dem Rentenalter eingesetzt werden müssten.
- Vermögensgegenstände, die für die Aufnahme oder Fortsetzung einer Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind. Beispiele hierfür sind Arbeitsgeräte wie Werkzeug oder die Friseurschere, aber auch der Kleintransporter eines Fuhrunternehmers.

70 Vermögen wird mit seinem Verkehrswert zum Zeitpunkt der Antragstellung berücksichtigt. Wesentliche Änderungen des Verkehrswertes werden aber berücksichtigt.

Soweit Vermögen zu berücksichtigen ist, werden aber Freibeträge eingeräumt:

- Ein Grundfreibetrag in Höhe von 200 Euro je vollendetem Lebensjahr des volljährigen Hilfebedürftigen und seines Partners, mindestens aber 4.100 und höchstens jeweils 13.000 Euro, für Vermögen jeder Art;
- für Personen, die bis zum 1. Januar 1948 geboren sind, erhöht sich der Grundfreibetrag auf 520 Euro je vollendetem Lebensjahr, höchstens aber 33.800 Euro.
- ein Grundfreibetrag in Höhe von 4.100 Euro für jedes hilfebedürftige minderjährige Kind,
- Altersvorsorge in Höhe des nach Bundesrecht ausdrücklich als Altersvorsorge geförderten

Vermögens einschließlich seiner Erträge und der geförderten laufenden Altersvorsorgebeiträge, soweit der Inhaber das Altersvorsorgevermögen nicht vorzeitig verwendet („Riester-Rente“),

- geldwerte Ansprüche, die der Altersvorsorge dienen, soweit der Inhaber sie vor dem Eintritt in den Ruhestand auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung nicht verwerten kann und der Wert der geldwerten Ansprüche 200 Euro je vollendetem Lebensjahr des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und seines Partners, höchstens jedoch jeweils 13.000 Euro nicht übersteigt, und
- ein weiterer Freibetrag für notwendige Anschaffungen in Höhe von 750 Euro für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Hilfebedürftigen.

Bei Partnern werden die Freibeträge jeweils addiert – es ist demnach nicht entscheidend, wer von den beiden Inhaber des Vermögens/Vermögenswertes ist. Freibeträge, die einem Kind eingeräumt werden, sind jedoch ausschließlich dessen eigenem Vermögen zuzuordnen, da überschüssiges Vermögen des Kindes nicht bei seinen Eltern berücksichtigt wird.

**Beispiele für Vermögensfreibeträge:**

**Beispiel 1**

Alleinstehender, geboren am 16. Mai 1962. Es werden Leistungen ab 1. September 2005 beantragt.

Grundfreibetrag	8.600 Euro
Freibetrag für Altersvorsorge (bei Verwertungsausschluss)	8.600 Euro
Freibetrag für Anschaffungen	750 Euro
<b>Gesamtfreibetrag</b>	<b>17.950 Euro</b>

**Beispiel 2**

Ehepaar, keine Kinder. Der Ehemann ist am 5. Januar 1947, die Ehefrau am 16. Februar 1950 geboren. Es werden Leistungen ab 1. März 2005 beantragt.

Grundfreibetrag Ehemann	30.160 Euro
Grundfreibetrag Ehefrau	11.000 Euro
Freibetrag für Altersvorsorge (bei Verwertungsausschluss), Ehemann	11.600 Euro



Freibetrag für Altersvorsorge (bei Verwertungsausschluss, Ehefrau)	11.000 Euro
Freibetrag für Anschaffungen	1.500 Euro
<b>Gesamtfreibetrag</b>	<b>65.260 Euro</b>

### Beispiel 3

Ehepaar, 2 minderjährige Kinder. Der Ehemann ist am 25. Juni 1970, die Ehefrau am 31. Juli 1975 geboren. Es werden Leistungen ab 1. August 2005 beantragt.

Grundfreibetrag Ehemann	7.000 Euro
Grundfreibetrag Ehefrau	6.000 Euro
Freibetrag für Altersvorsorge (bei Verwertungsausschluss), Ehemann	7.000 Euro
Freibetrag für Altersvorsorge (bei Verwertungsausschluss, Ehefrau)	6.000 Euro
Freibetrag für Anschaffungen	1.500 Euro
<b>Gesamtfreibetrag Eltern</b>	<b>27.500 Euro</b>

Für die Kinder werden jeweils ein Grundfreibetrag von 4.100 Euro und zusätzlich ein Freibetrag für Anschaffungen von 750 Euro, insgesamt also Freibeträge von 4.850 Euro eingeräumt.

## Soziale Sicherung

### Kranken- und Pflegeversicherung

71 Bezieher von Arbeitslosengeld II, die nicht bereits im Rahmen einer Familienversicherung kranken- und pflegeversichert sind oder im Ausnahmefall Arbeitslosengeld II nur als Darlehen erhalten, sind in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Die Versicherungspflicht tritt automatisch ein, unabhängig davon, ob der erwerbsfähige Hilfebedürftige vorher z. B. privat versichert war.

72 Allerdings besteht die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen bei einer Krankenkasse eine Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen, z. B. wenn bereits vorher eine private Krankenversicherung bestanden hat.

Sofern eine solche Befreiung vorliegt, erhalten Hilfebedürftige einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt werden. Der Zuschuss ist aber auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Der Zuschuss wird auch in Fällen gezahlt, in denen allein die Höhe der Aufwendungen für eine eigenständige Kranken- und Pflegeversicherung zur Hilfebedürftigkeit führen würde, wenn der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz nicht anderweitig sichergestellt ist.

Außerdem können den Zuschuss auch Sozialgeld-Bezieher erhalten, die im Ausnahmefall nicht von der Familienversicherung einer anderen Person erfasst sind.

### Rentenversicherung

73 Bezieher von Arbeitslosengeld II sind in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Die Versicherungspflicht tritt automatisch ein, unabhängig davon, ob der erwerbsfähige Hilfebedürftige vorher bereits in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig war.

Eine Ausnahme von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht dann, wenn

- Arbeitslosengeld II im Ausnahmefall nur darlehensweise bezogen wird,
- nur einmalige Leistungen bezogen werden (z. B. Leistungen für mehrtägige Klassenfahrten oder Babyerstaussstattungen) oder
- in bestimmten Fällen Auszubildende hilfebedürftig sind und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II als Beihilfe haben.

Sind Bezieher von Arbeitslosengeld II von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit, erhalten sie einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezuges freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung, eine berufsständische Versorgungseinrichtung oder für eine private Alterssicherung gezahlt werden. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wäre.



Die Gewährung eines solchen Zuschusses ist möglich, wenn der erwerbsfähige Hilfebedürftige

- nach § 231 Abs. 1 und 2 SGB VI befreit ist oder
- sich nach § 6 Abs. 1b SGB VI hat befreien lassen.

## Sanktionen

74 Das SGB II regelt unterschiedliche Pflichten erwerbsfähiger Hilfebedürftiger. Eine Missachtung dieser Pflichten bleibt nicht ohne Folgen. Wer z. B. eine zumutbare Arbeit, Ausbildung oder Arbeitsgelegenheit ablehnt, muss mit einer Kürzung des Arbeitslosengeldes II um 30% rechnen. Bei Verstößen gegen die Pflicht, sich beim Träger der Grundsicherung zu melden oder an ärztlichen Untersuchungen teilzunehmen, kann die Regelleistung um 10% abgesenkt werden.

Bei wiederholten Pflichtverletzungen können in einer zweiten Stufe weitere Kürzungen erfolgen und zwar jeweils um weitere 30 bzw. 10% der – vollen – Regelleistung.

Jugendliche unter 25 Jahren werden nach dem SGB II in besonderer Weise gefördert. Andererseits gelten für sie bei einer Arbeitsverweigerung härtere Sanktionen: sie erhalten kein Arbeitslosengeld II mehr, sondern nur noch Sachleistungen (z. B. Lebensmittelgutscheine); die Kosten für Unterkunft und Heizung werden unmittelbar an den Vermieter gezahlt.

Bei allen Arten von Sanktionen gilt eine wichtige Voraussetzung: die Betroffenen müssen vor der Festsetzung der Sanktion über die Folgen eines Pflichtverstoßes belehrt worden sein.

## Mitwirkungspflichten

75 Wer Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende beantragt, muss alle erforderlichen Angaben machen, insbesondere Einkünfte zu Einkommen oder Vermögen und sonstigen persönlichen Verhältnissen erteilen.

Auskunftspflichten bestehen aber auch für Dritte, z. B. den Partner hinsichtlich dessen Vermögen oder den Arbeitgeber in Bezug auf Bestand und Dauer von Beschäftigungsverhältnissen. Wer gegen diese Pflichten verstößt, ist zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Außerdem kommt bei bestimmten Verstößen auch die Verhängung von Bußgeldern in Betracht.

## Anspruchsübergang

76 Es kommt oft vor, dass Leistungsempfänger zivilrechtliche Ansprüche gegen Dritte haben. Dabei geht es oft um Ansprüche auf Zahlung von Unterhalt.

Da die Leistungen nach dem SGB II nur bei Hilfebedürftigkeit gezahlt werden, müssen bestehende Unterhaltsansprüche (und andere zivilrechtliche Ansprüche) vorrangig verwertet werden. Dies ist in der Regel mit zeitlichen Verzögerungen verbunden. Wenn der Träger der Grundsicherung in diesen Fällen bereits Leistungen erbracht hat, kann er die Ansprüche des Leistungsempfängers – durch schriftliche Anzeige an den Zahlungsverpflichteten – an sich ziehen und sie verwerten. Er muss sie allerdings unter Umständen vor Gericht geltend machen.

Bei Unterhaltsansprüchen ist die Anzeige ohne weitere Voraussetzungen nur möglich, wenn minderjährige Kinder oder noch nicht 25jährige Kinder ohne abgeschlossene Erstausbildung Unterhaltsansprüche gegen die Eltern haben. Ansonsten dürfen Unterhaltsansprüche, die erwerbsfähige Hilfebedürftige gegen Verwandte haben, nur herangezogen werden, wenn der Hilfebedürftige den Anspruch gegen den Verwandten selbst geltend gemacht hat.

Die Heranziehung ist ausgeschlossen, wenn der Berechtigte mit dem Verpflichteten in einer Bedarfsgemeinschaft lebt. Gleiches gilt, wenn Eltern einem Kind verpflichtet sind, das schwanger ist oder selbst ein Kinder bis zu 6 Jahren betreut.

Bei der Überleitung von Ansprüchen sind zugunsten des Zahlungsverpflichteten die in §§ 11 und 12 SGB II geregelten Freigrenzen für Einkommen und Vermögen zu beachten.

## Ersatzansprüche

77 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind darauf ausgerichtet, in einer unverschuldeten Notlage Hilfebedürftigkeit zu beseitigen. Wenn die eigene Hilfebedürftigkeit oder die der Angehörigen in einer Bedarfsgemeinschaft vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt worden ist, besteht die Verpflichtung, die geleisteten Zahlungen zu ersetzen. Dies gilt allerdings nicht, wenn durch die Erfüllung

der Ersatzpflicht wiederum Hilfebedürftigkeit entstünde.

## Erbenhaftung

78 Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende müssen, wenn sie zu Recht bezogen worden sind und die Hilfebedürftigkeit nicht mutwillig herbeigeführt worden ist, nicht zurückgezahlt werden. Eine Ausnahme gilt allerdings für Erben von Leistungsempfängern. Diese müssen die Leistungen, die in den letzten zehn Jahren vor dem Tod des Empfängers an diesen gezahlt worden sind, aus dem Erbe zurückzahlen. Es wird allerdings ein allgemeiner Freibetrag in Höhe von 1.700 Euro eingeräumt.

Ein Freibetrag von 15.500 Euro wird eingeräumt, wenn der Partner oder Verwandte des Verstorbenen diesen in häuslicher Gemeinschaft gepflegt hat.

## Organisation / Durchführung / Beratung

79 In dem ursprünglichen Entwurf zum Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen war vorgesehen, dass die Bundesagentur für Arbeit alleiniger Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sein sollte. In den weiteren Beratungen ist festgelegt worden, dass die kommunalen Träger für die Leistungen für Unterkunft und Heizung sowie für folgende Leistungen zuständig sein sollen:

- Kinderbetreuung,
- Schuldnerberatung,
- psychosoziale Betreuung,
- Suchtberatung,
- Leistungen für Erstausrüstungen (Wohnung/ Bekleidung) und
- Leistungen für mehrtägige Klassenfahrten.

Bei der Bundesagentur für Arbeit sind im Wesentlichen die Leistungen für den Lebensunterhalt und die Leistungen zur Eingliederung verblieben.

80 Um eine Antragstellung bei zwei unterschiedlichen Trägern zu vermeiden und Leistungen aus einer Hand zu ermöglichen, wurde die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zwischen den örtlichen Agenturen für Arbeit und den kommunalen Stellen vorgese-

hen. Für die Agenturen für Arbeit ist die Bildung von Arbeitsgemeinschaften verbindlich; die Kommunen konnten aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht zur Bildung einer Arbeitsgemeinschaft verpflichtet werden. Gleichwohl sind bis auf wenige Ausnahmen Arbeitsgemeinschaften gebildet worden. Diese dürfen eigenständig Bescheide erlassen.

Die für Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständige Stelle ist deshalb in der Regel die örtliche Arbeitsgemeinschaft. Sie berät auch über Rechte und Pflichten. Auskünfte über die zuständige Arbeitsgemeinschaft erteilen die Agenturen für Arbeit und die Kommunen.

In den Bezirken von 69 kreisfreien Städten und Landkreisen nehmen diese auch die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit wahr (Rdnr. 8). Auskünfte über diese abweichende Zuständigkeit erteilen ebenfalls die Agenturen für Arbeit und die örtlichen kommunalen Stellen.

## Widerspruch und Klage

81 Widersprüche sind bei der Behörde einzulegen, die den Bescheid erlassen hat, also in der Regel bei der Arbeitsgemeinschaft. Es gilt nach dem Sozialgerichtsgesetz eine Widerspruchsfrist von einem Monat nach Zugang des Bescheids, wenn der Bescheid eine entsprechende Belehrung enthält. Den Widerspruchsbescheid erlässt die Arbeitsgemeinschaft. Klagen gegen abgelehnte Widersprüche müssen vor dem Sozialgericht erhoben werden.

## Finanzierung

82 Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden aus Steuermitteln erbracht. Für die Leistungen, die in die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit fallen, tritt der Bund ein; die Kosten für Unterkunft und Heizung sowie die sonstigen kommunalen Leistungen tragen die Kommunen.

Bei den Kosten für Unterkunft und Heizung besteht die Besonderheit, dass sich der Bund in den Jahren 2005 und 2006 an den Kosten in Höhe von 29,1% beteiligt. Damit soll die in den Beratungen der Kommission zur Reform der Gemeindefinanzen beschlossene Entlastung der Kommunen in Höhe von 2,5 Mrd. Euro erreicht werden.

Für den Zeitraum ab dem Jahr 2007 ist der Anteil des Bundes neu zu bestimmen.

## Rechtsquellen

Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (Grundsicherung für Arbeitsuchende)

Verordnung zur Zulassung von kommunalen Trägern als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(Kommunalträger-Zulassungsverordnung) vom 24. September 2004

Verordnung zur Berechnung von Einkommen sowie zur Nichtberücksichtigung von Einkommen und Vermögen beim Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung) vom 20. Oktober 2004



# 3

## Sozialgesetzbuch - 3. Buch Arbeitsförderung

### Aufgabe der Arbeitsförderung

1 Die Arbeitsförderung ist das Kernstück der staatlichen Arbeitsmarktpolitik. Im Rahmen der Sozial-, Wirtschafts-, und Finanzpolitik soll sie dazu beitragen, einen möglichst hohen Stand der Beschäftigung zu erreichen, zu erhalten und die Struktur der Beschäftigung ständig zu verbessern. Sowohl aus volkswirtschaftlichen Gründen als auch im Interesse des einzelnen Arbeitnehmers sollen das Entstehen von Arbeitslosigkeit vermieden und negative Auswirkungen der Arbeitslosigkeit möglichst begrenzt werden.

Die Leistungen der Arbeitsförderung haben in erster Linie die Aufgabe, den Ausgleich am Arbeitsmarkt zu unterstützen. Ausbildungs- und Arbeitsuchende sollen über die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe beraten werden. Offene Stellen sollen zügig besetzt und die Möglichkeiten von benachteiligten Ausbildungs- und Arbeitsuchenden für eine Erwerbstätigkeit verbessert werden. Dadurch soll Arbeitslosigkeit vermieden oder verkürzt werden. So weit dies nicht erreicht werden kann und dennoch Arbeitslosigkeit eintritt, soll die Arbeitsförderung den betroffenen Arbeitnehmer bei eingetretener Arbeitslosigkeit finanziell sichern.

Dieser umfassenden Zielsetzung folgend stellt das Arbeitsförderungsrecht ein breit gefächertes Instrumentarium der aktiven, d. h. auf Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen gerichteten Arbeitsmarktpolitik, wie auch der sozialen Sicherung bei Arbeitslosigkeit zur Verfügung. Letzteres ist vornehmlich Aufgabe der Arbeitslosenversicherung, die ein wesentlicher Bestandteil der Arbeitsförderung ist.

2 Rechtsgrundlage der Arbeitsförderung ist das Dritte Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) vom 24. März 1997 (BGBl. I, S. 594), zuletzt geändert durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I, S. 3676).

### Arbeitslose im Jahresdurchschnitt und Bestand an offenen Stellen – in Tausend –

Jahr	Arbeitslose		Arbeitslosenquote*				offene Stellen	
	West	Ost	West	II	Ost	II	West	Ost
1996	2 796	1 169	10,1 %	9,1 %	16,7 %	15,7 %	270	57
1997	3 021	1 364	11,0 %	9,8 %	19,5 %	18,1 %	282	56
1998	2 904	1 375	10,5 %	9,4 %	19,5 %	18,2 %	342	79
1999	2 756	1 343	9,9 %	8,8 %	19,0 %	17,6 %	386	70
2000	2 529	1 359	8,7 %	7,8 %	18,8 %	17,4 %	452	62
2001	2 478	1 374	8,3 %	7,4 %	18,9 %	17,5 %	440	66
2002	2 649	1 411	8,7 %	7,9 %	19,5 %	18,0 %	382	69
2003	2 753	1 623	9,3 %	8,4 %	20,1 %	18,3 %	292	63
2004	2 783	1 599	9,4%	8,5%	20,1%	18,4 %	239	47
2005	3 246	1 617	11,0%	9,9%	20,6%	18,8 %	325	88

\* Quote I: Arbeitslose in Prozent der abhängig zivilen Erwerbspersonen  
Quote II: Arbeitslose in Prozent aller zivilen Erwerbspersonen

Das SGB III wird durch zahlreiche weitere Gesetze ergänzt, die die Förderung der Beschäftigung, die soziale Sicherung besonderer Personengruppen oder die Erhaltung der Ordnung auf dem Arbeitsmarkt zum Ziel haben. Hierzu zählen das Altersteilzeitgesetz, das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) oder das Gesetz zur Bekämpfung der illegalen Beschäftigung (BillBG).

### Personenkreis

#### Schutzbereich der Arbeitsförderung

3 Der Aufgaben- und Schutzbereich der Arbeitsförderung bezieht sich grundsätzlich auf alle Personen, die eine abhängige Beschäftigung ausüben, ausgeübt haben und/oder künftig ausüben wollen. Die Förderung selbständiger Tätigkeiten ist demgegenüber in erster Linie Aufgabe der Wirtschaftsförderung und erfolgt nur im wenigen Ausnahmefällen durch Leistungen des SGB III. Während einige wesentliche

Leistungen des SGB III eine Beschäftigung, die die Versicherungspflicht begründet und damit die Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft der Beitragszahler voraussetzen, insbesondere die Entgeltersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit, stehen alle übrigen Leistungen, vor allem die Vermittlungs- und Beratungsdienste, allen bisherigen oder künftigen Arbeitnehmern wie auch den Arbeitgebern zur Verfügung.

Das SGB III enthält darüber hinaus Leistungen, die sich an Arbeitgeber oder Träger bestimmter Einrichtungen richten.

Näheres zum Kreis der jeweils Berechtigten wird bei den einzelnen Leistungen dargestellt.

### **Versicherungspflicht nach dem SGB III (§§ 24 ff)**

#### **Versicherungspflichtiger Personenkreis**

4 Versicherungspflicht nach dem SGB III besteht grundsätzlich bei allen Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt – also alle Arbeitnehmer – oder aus sonstigen Gründen versicherungspflichtig sind. Zu den versicherungspflichtigen Arbeitnehmern zählen auch die zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten. Jugendliche Behinderte, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, damit sie später eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben können, unterliegen der Versicherungspflicht in gleicher Weise wie die zur Berufsausbildung beschäftigten Auszubildenden. Gleiches gilt auch für Jugendliche, die durch eine Beschäftigung in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.

#### **Versicherungspflicht besonderer Personengruppen**

5 Wehr- und Zivildienstleistende sind versicherungspflichtig, wenn sie vor ihrer Einberufung Arbeitnehmer waren und nicht bereits auf Grund anderweitiger Regelungen der Versicherungspflicht unterliegen. Dem Kreis der Arbeitnehmer sind dabei im Grundsatz alle Wehr- und Zivildienstleistenden zuzurechnen, die unmittelbar vor Dienstantritt sozialversicherungsspflichtig (also mehr als nur geringfügig) beschäftigt waren oder mindestens 4 Monate eine solche Beschäftigung erfolglos gesucht haben. Schüler, die ihre Schulausbildung vor Dienstantritt beendet, aber noch nicht im Erwerbsleben gestanden haben, sind bis zum 31. Januar 2006 während des Wehr- und Zivildienstes in aller Regel nicht in der

Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig. Vom 1. Februar 2006 an sind auch alle Wehr- und Zivildienstleistende versicherungspflichtig, die zuvor Schüler oder Studenten waren.

Für Personen, die im Anschluss an den Grundwehrdienst freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst leisten, besteht die Versicherungspflicht fort. Die Regelungen zur Versicherungspflicht auf Grund des Wehrdienstes gelten auch für Personen, die im Rahmen einer besonderen Auslandsverwendung im Sinne des Soldatengesetzes, also z. B. im Rahmen internationaler Hilfseinsätze, freiwilligen Wehrdienst leisten und für nicht wehrpflichtige Personen, die Wehrdienst leisten.

Strafgefangene sind versicherungspflichtig, sofern sie nach den Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe bzw. Berufsausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung erhalten. Dies sind in erster Linie Gefangene, denen eine bestimmte Arbeit zugewiesen ist. Für Gefangene, die als Freigänger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind, ergibt sich die Versicherungspflicht hingegen schon auf Grund und nach den Regelungen der allgemeinen, oben dargestellten Vorschriften.

6 Versicherungspflichtig sind darüber hinaus arbeitsunfähige Arbeitnehmer oder Arbeitnehmer, die an einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation teilnehmen, wenn durch die Arbeitsunfähigkeit oder die Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung oder der Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (z. B. Arbeitslosen- oder Kurzarbeitergeld) unterbrochen worden ist und der Betroffene Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld erhält. Zum Krankengeld zählt dabei nicht nur das Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch das Krankentagegeld, das ein Privatkrankenversicherer von seinem Privatversicherer erhält. Auf diese Weise wird vermieden, dass z. B. längere Krankheitszeiten zum Verlust des sozialen Schutzes bei Arbeitslosigkeit führen können.

Versicherungspflicht besteht weiterhin bei:

- Zeiten des Bezuges einer Rente wegen einer vollen Erwerbsminderung und
- Zeiten des Bezuges von Mutterschaftsgeld und der Betreuung/Erziehung des Kindes bis zum dritten Lebensjahr,



wenn durch den Bezug der Rente bzw. durch Mutterschaft oder Betreuung des Kindes eine versicherungspflichtige Beschäftigung, der Bezug einer Entgeltersatzleistung oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung unterbrochen worden ist.

### Versicherungsfreiheit

7 Versicherungsfrei nach dem SGB III sind diejenigen Arbeitnehmer, bei denen entweder anzunehmen ist, dass die fragliche Beschäftigung nicht die Lebensgrundlage bildet, weil es sich lediglich um Gelegenheits- oder Nebenbeschäftigungen handelt, oder die nicht der Solidargemeinschaft der in der Arbeitslosenversicherung Versicherten zuzurechnen sind, weil sie einem eigenständigen Sicherungssystem angehören (Beamte, Richter, Berufssoldaten etc.).

Versicherungsfrei sind im Einzelnen insbesondere Arbeitnehmer,

- die während einer Zeit, in der ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht, eine Beschäftigung ausüben; dies gilt nicht für Beschäftigungen, die während der Zeit, in der ein Anspruch auf Teilarbeitslosengeld besteht, ausgeübt werden;
- die eine Beschäftigung ausüben, die als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gefördert wird;
- die als ehrenamtliche Bürgermeister oder ehrenamtliche Beigeordnete beschäftigt sind;
- in so genannten unständigen Beschäftigungen, das sind Beschäftigungen, die jeweils auf weniger als eine Woche beschränkt sind;
- die das 65. Lebensjahr vollendet haben, mit Ablauf des Monats, in dem sie dieses Lebensjahr vollenden;
- die auf Grund ihrer vollen Erwerbsminderung der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stehen;
- in einer Beschäftigung als Beamter, Richter, Berufssoldaten;
- die während ihrer Schulausbildung an einer allgemein bildenden Schule oder ihres Studiums an einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule beschäftigt sind. Der Besuch schulischer Einrichtungen zur Fortbildung außerhalb der üblichen Arbeitszeit führt hingegen nicht zur Versicherungsfreiheit;

- nicht deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Geltungsbereich des SGB III haben.

### Freiwillige Versicherung

8 Seit 1. Februar 2006 können Personen Versicherungspflichtverhältnisse freiwillig auf Antrag begründen, die

- als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,
- eine selbständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben oder
- eine Beschäftigung außerhalb der Europäischen Union oder in einem assoziierten Staat ausüben.

Der Antrag muss spätestens innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung gestellt werden.

### Beginn und Ende der Versicherungspflicht

9 Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Tage des Eintritts des Arbeitnehmers in das Beschäftigungsverhältnis, das die Versicherungspflicht begründet, oder mit dem Tag nach dem Erlöschen der Versicherungsfreiheit; sie endet mit dem Tag des Ausscheidens aus diesem Beschäftigungsverhältnis oder mit dem Tag vor Eintritt der Versicherungsfreiheit.

## Leistungen

### Überblick

10 Die Verhinderung von Arbeitslosigkeit sowie, wenn diese bereits eingetreten ist, ihre schnellstmögliche Beendigung sind die Hauptziele der Arbeitsförderung. Der Verwirklichung dieser Zielsetzung dienen die Beratung und die Vermittlung sowie die sonstigen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung. Dies sind

- die Hilfen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten, zur Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung und zur Förderung der Einstellung von Arbeitnehmern,
- die Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung einschließlich der Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung oder zum Arbeitsentgelt,

- die Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben,
- Kurzarbeitergeld,
- Wintergeld und Winterausfallgeld in der Bauwirtschaft und
- Zuschüsse zu Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, zu beschäftigungschaffenden Infrastrukturmaßnahmen und die Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen.

Diese Maßnahmen haben Vorrang vor den Entgeltersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit, die darauf ausgerichtet sind, finanziellen Schaden, der durch Arbeitslosigkeit entsteht, auszugleichen. Zu den so genannten passiven Leistungen zählen

- das Arbeitslosengeld und das Teilarbeitslosengeld.

*11* Für Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber seinen Entgeltzahlungspflichten auf Dauer nicht mehr nachkommen kann, erfolgt eine Sicherung durch das Insolvenzgeld.

*12* Daneben erbringt die Bundesagentur für Arbeit Leistungen zur Förderung der Altersteilzeit auf Grund des Altersteilzeitgesetzes.

*13* Für die neuen Bundesländer gelten teilweise weiterhin Sonderregelungen, die der dort nach wie vor besonderen Arbeitsmarktsituation Rechnung tragen.

*14* Unabhängig von den besonderen Leistungen sieht das SGB III eine umfassende Beratungs- und Auskunftspflicht der Bundesagentur für Arbeit über alle Bereiche der Arbeitsförderung vor.

## Beratung (§§ 29 ff)

*15* Jugendliche und Erwachsene können sich unabhängig von einer Vermittlung in allen Fragen, die mit dem Arbeitsleben zusammenhängen, von der Agentur für Arbeit beraten lassen (Berufsberatung); gleiches gilt für Arbeitgeber, die bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen Unterstützung benötigen (Arbeitsmarktberatung).

Die Beratung ist nicht auf den Zeitraum vor der Aufnahme einer Ausbildung oder einer Arbeit beschränkt; sie ist auch danach möglich.

*16* Die beratende Unterstützung soll möglichst frühzeitig einsetzen, um bei der Vorbereitung auf die Berufswahl den bestehenden Informationsbedarf (z. B.

über die Anforderungen und Aussichten von Berufen) abzudecken (Berufsorientierung). Hierzu bieten die Agenturen für Arbeit schon vor dem Ende der schulischen Ausbildung u. a. Gruppenveranstaltungen für jugendliche Ausbildungssuchende an.

*17* Berufsberatung kann auch von Privaten angeboten werden. Die Agenturen für Arbeit müssen allerdings privaten Berufsberatern die Beratungstätigkeit untersagen, wenn dies zum Schutz der Ratsuchenden erforderlich ist.

## Vermittlung (§§ 35 ff)

### Arbeitsvermittlung

*18* Arbeitsvermittlung ist das Zusammenführen von arbeitsuchenden Arbeitnehmern und Arbeitgebern, die Arbeitskräfte suchen, um die Begründung von Arbeitsverhältnissen zu ermöglichen.

*19* So weit die Bundesagentur für Arbeit die Arbeitsvermittlung betreibt, beinhaltet diese gleichzeitig auch Beratung.

*20* Die Vermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit erfolgt unparteiisch, d. h. ohne Bevorzugung oder Benachteiligung einzelner Arbeit- bzw. Ausbildungssuchender wegen des Alters, des Geschlechts, des Gesundheitszustandes oder der Staatsangehörigkeit. Auch die Zugehörigkeit zu einer politischen, gewerkschaftlichen oder ähnlichen Vereinigung oder zu einer Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaft darf grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Ausnahmen gelten nur, wenn die Eigenart des Betriebes oder die Art der Beschäftigung dies rechtfertigt.

*21* Bei Arbeitskämpfen ist die Bundesagentur für Arbeit zur Neutralität verpflichtet. Sie darf in dem durch den Arbeitskampf unmittelbar betroffenen Bereich Arbeit nur dann vermitteln, wenn der Arbeitsuchende und der Arbeitgeber dies trotz eines Hinweises auf den Arbeitskampf verlangen.

*22* Mit Einwilligung des Ausbildungssuchenden oder des Arbeitsuchenden kann die Agentur für Arbeit Dritte an der Vermittlung beteiligen. Damit wird insbesondere die Vermittlung von bestimmten Personengruppen erleichtert, bei denen besondere Vermittlungshemmnisse (z. B. Langzeitarbeitslosigkeit) vorliegen und die Vermittlung deshalb besonders hohen zeitlichen Aufwand erfordert. Arbeitslose kön-

nen die Beauftragung eines Dritten verlangen, wenn sie sechs Monate nach Eintritt ihrer Arbeitslosigkeit immer noch arbeitslos sind.

23 Arbeitsvermittlung kann auch gewerblich durch private Vermittlungsunternehmen betrieben werden. Die Vermittlungsunternehmen können auch von Arbeitssuchenden ein Erfolgshonorar verlangen. Dessen Höhe ist allerdings begrenzt.

Arbeitnehmer, die Anspruch auf Arbeitslosengeld haben und sechs Wochen innerhalb einer Frist von drei Monaten ohne Beschäftigung sind, haben Anspruch auf einen Vermittlungsgutschein, den die Agentur für Arbeit ausstellt. Anspruch auf einen Vermittlungsgutschein haben auch Teilnehmer an Arbeitsbeschaffungs- oder Strukturanpassungsmaßnahmen oder Arbeitslose, die zuletzt in diesen Maßnahmen beschäftigt waren. Der Gutschein gilt für jeweils drei Monate und wird in Höhe von 2000 Euro einschließlich der auf diesen Betrag entfallenden Umsatzsteuer ausgestellt. Er kann bei einem privaten Vermittlungsunternehmen eingelöst werden.

Der private Vermittler erhält von der Agentur für Arbeit für den eingelösten Vermittlungsgutschein sein Honorar. Die Agentur zahlt 1000 Euro, wenn das vermittelte Beschäftigungsverhältnis sechs Wochen besteht und die restlichen 1000 Euro nach sechsmonatigem Bestehen des Beschäftigungsverhältnisses.

Bei Inhabern von Vermittlungsgutscheinen gilt der im Gutschein ausgewiesene Betrag gleichzeitig als Höchstgrenze. So ist sichergestellt, dass den Gutscheininhabern keine zusätzlichen Kosten entstehen. Anspruch auf Ausstellung eines Vermittlungsgutscheins besteht bis zum 31. Dezember 2006. Die Möglichkeit, vom Arbeitgeber eine Vergütung für die Vermittlung zu verlangen, haben die privaten Vermittlungsunternehmen unverändert.

24 Wenn Arbeitnehmer von Zeitarbeitsunternehmen an andere Arbeitgeber verliehen werden (Arbeitnehmerüberlassung), kann dies bewirken, dass sie dauerhaft in den entleihenden Betrieb übernommen werden. Die Arbeitnehmerüberlassung kann sich also auch wie eine Arbeitsvermittlung auswirken. Um diese Möglichkeit weiter auszubauen, kann jede Agentur für Arbeit ein Zeitarbeitsunternehmen damit beauftragen, eine Personal-Service-Agentur (PSA) einzurichten. Hauptaufgabe der PSA ist es, Arbeitnehmerüberlassung mit dem Ziel der Vermittlung in Arbeit durchzuführen. In den Zeiten, in denen die

Arbeitnehmer nicht verliehen werden, sollen die PSA sie bei der beruflichen Eingliederung unterstützen und weiterbilden.

Die Arbeitsbedingungen in den PSA richten sich nach den Bestimmungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes.

#### Arbeitsvermittlungen im Bundesgebiet West

Jahr	Vermittlungen nach Auswahl und Vorschlag
2002	434.563
2003	348.206
2004	261.760
2005	459.541

#### Arbeitsvermittlungen im Bundesgebiet Ost

Jahr	Vermittlungen nach Auswahl und Vorschlag
2002	451.805
2003	366.275
2004	235.469
2005	417.234

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

### Ausbildungsvermittlung

25 Zu den Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit gehört auch die Ausbildungsvermittlung. Sie ist darauf ausgerichtet, Ausbildungssuchende mit Arbeitgebern zur Begründung eines Ausbildungsverhältnisses zusammenzuführen. Mit der Vermittlung verbunden ist wie bei der Arbeitsvermittlung die Beratung der Ausbildungssuchenden und der Arbeitgeber.

Auch Ausbildungsvermittlung kann gewerblich durch private Vermittler betrieben werden. Anders als bei der privaten Arbeitsvermittlung dürfen Vergütungen allerdings nur vom Arbeitgeber, nicht von den Ausbildungssuchenden verlangt werden.

### Kostenfreie Beratung und Vermittlung

26 Die Beratung und Vermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit sind grundsätzlich unentgeltlich. Entstehen bei der Arbeitsvermittlung besondere Aufwendungen, kann sich die Agentur für Arbeit unter bestimmten Voraussetzungen Aufwendungen erstatten lassen. Außerdem können von Arbeitgebern bei Auslandsvermittlungen Gebühren verlangt werden.

### Eingliederungsvereinbarung

27 Die Agentur für Arbeit und die Arbeitslosen halten in einer Eingliederungsvereinbarung die zu einer beruflichen Eingliederung erforderlichen Leistungen und die eigenen Bemühungen des Arbeitslosen fest.

Gleiches gilt zwischen der Agentur für Arbeit und den Ausbildungssuchenden.

## Leistungen zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung

### Zielsetzung

28 Die Förderung der beruflichen Bildung ist ein zentraler Bestandteil der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen des SGB III. Die fachliche Qualifikation des einzelnen Arbeitnehmers ist eine wichtige Voraussetzung sowohl für die Produktivität der Wirtschaft als auch für die Beschäftigungs- und Aufstiegschancen des Arbeitnehmers selbst.

29 Grundlage der beruflichen Bildung ist die berufliche Ausbildung, die den Arbeitnehmer zu einer qualifizierten Beschäftigung befähigen soll. Darüber hinaus erfordert der stete wirtschaftliche Wandel – insbesondere so weit er durch die fortschreitende technische Entwicklung bestimmt wird – eine ständige Anpassung und damit Weiterentwicklung der Kenntnisse und Fähigkeiten der Erwerbstätigen (berufliche Weiterbildung). Auch eine berufliche Neuorientierung kann im Einzelfall zweckmäßig oder erforderlich sein um die Beschäftigungsperspektiven zu erhalten oder zu verbessern.

30 Die berufliche Bildung ist in erster Linie Aufgabe der Wirtschaft selbst, da sie ein hohes Eigeninteresse an beruflich qualifizierten Beschäftigten hat. Das Förderinstrumentarium des SGB III tritt – so weit dies aus arbeitsmarktlichen oder sozialpolitischen Gründen erforderlich ist – ergänzend hinzu, wo dem einzelnen Arbeitnehmer die berufliche Bildung sonst verwehrt wäre. Die Förderung umfasst die Leistungen für einzelne Arbeitnehmer und die Unterstützung des Aufbaues und Betriebes von Einrichtungen der beruflichen Bildung.

### Leistungen zur Förderung der beruflichen Ausbildung (§§ 59 ff)

#### Zielsetzung

31 Die berufliche Ausbildung ist die Grundlage einer qualifizierten Beschäftigung des einzelnen Arbeitnehmers. Inhalt und Durchführung der Ausbildung in den anerkannten Ausbildungsberufen regelt insbesondere das Berufsbildungsgesetz. Die berufliche Ausbildung erfolgt in aller Regel in den Betrieben, teilweise auch

in überbetrieblichen Ausbildungsstätten. Die Kosten der Ausbildung trägt im Regelfall der ausbildende Betrieb. Wenn eine betriebliche oder überbetriebliche Ausbildung bei bestimmten Personengruppen nicht möglich ist, kommt auch eine Vollausbildung in einer außerbetrieblichen Ausbildungsstätte in Betracht.

Die Förderleistungen des SGB III treten ergänzend hinzu, so weit dem einzelnen Auszubildenden die Mittel, die für die Ausbildung erforderlich sind, anderweitig – zumeist durch Unterhaltsleistungen der Eltern – nicht zur Verfügung stehen (Ausbildungsförderung). Ziel der Förderung ist es, wirtschaftliche Schwierigkeiten, die einer angemessenen beruflichen Qualifikation entgegenstehen, zu überwinden.

#### Förderungsfähige Maßnahmen

32 Die Förderung erstreckt sich auf die betriebliche (bzw. überbetriebliche) oder außerbetriebliche Ausbildung in den anerkannten Ausbildungsberufen nach den Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes und den Gewerben der Handwerksordnung sowie die Berufsausbildung in der Seeschifffahrt auf Grund des Seemannsgesetzes.

Die Leistungen werden grundsätzlich zur Durchführung von Maßnahmen im Inland erbracht. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine Förderung im Ausland möglich, insbesondere wenn eine betriebliche Ausbildung im Ausland die Erreichung des Bildungszieles erleichtert. Dies gilt z. B. für Berufe, in denen Auslandserfahrung erwünscht ist.

33 Gefördert werden darüber hinaus auch bestimmte Bildungsmaßnahmen, die auf die Aufnahme einer Berufsausbildung vorbereiten oder der beruflichen Eingliederung dienen (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen), so weit diese nicht zur – nicht förderungsfähigen – Schulausbildung (Ausbildung auf der Grundlage der Schulgesetze der Länder) zählen. Nähere Regelungen zu den berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen enthält das Berufsbildungsgesetz.

34 Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen können mit einem Betriebspraktikum verbunden werden. Zielgruppe für diese Maßnahmen sind Jugendliche, die noch nicht ausbildungsgeeignet sind. Der Träger, der die berufsvorbereitende Maßnahme durchführt, stellt die sozialpädagogische Betreuung übergreifend sicher, also auch während der Praktikumsphase. Für die Dauer des Praktikums ist von dem Arbeitgeber eine Praktikumsvergütung zu zahlen, die ihm von

der Bundesagentur für Arbeit in Höhe von bis zu 192 Euro erstattet werden kann.

### Art der Förderung

35 Die Förderung (so genannte Berufsausbildungsbeihilfe) erfolgt durch Zuschüsse, also Leistungen, die nicht zurückgezahlt werden müssen.

### Förderungsfähiger Personenkreis

36 Auszubildende erhalten Berufsausbildungsbeihilfe für eine betriebliche oder außerbetriebliche Ausbildung grundsätzlich nur dann, wenn sie außerhalb des Haushalts der Eltern wohnen. Für Minderjährige gilt außerdem grundsätzlich die Voraussetzung, dass sie die Ausbildungsstätte von der Wohnung der Eltern aus nicht in angemessener Zeit erreichen können. Ein minderjähriger Auszubildender, der außerhalb des Haushalts der Eltern untergebracht ist und die Ausbildungsstätte auch von der Wohnung der Eltern aus in angemessener Zeit erreichen könnte, erhält dennoch Berufsausbildungsbeihilfe, wenn er verheiratet ist oder war, mit mindestens einem Kind zusammenlebt oder seine Verweisung auf die Wohnung der Eltern aus schwerwiegenden sozialen Gründen unzumutbar ist.

Behinderte Menschen haben auch dann grundsätzlich Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe, wenn sie bei ihren Eltern wohnen.

37 Berufsausbildungsbeihilfe für die Teilnahme an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen erhalten Personen, die nicht mehr der Vollzeitschulpflicht unterliegen und zur Vorbereitung auf eine Berufsausbildung oder zur beruflichen Eingliederung auf die Maßnahmen angewiesen sind.

### Umfang der Förderung

38 Der Gesamtbedarf der Berufsausbildungsbeihilfe bemisst sich nach

- dem Bedarf für den Lebensunterhalt,
- den Fahrkosten,
- den sonstigen Aufwendungen und
- den Lehrgangskosten (bei Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme).

39 Der Bedarf für den Lebensunterhalt wird in pauschalierter Form abgedeckt. Die Bedarfssätze des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studierende bzw. Schüler (einschließlich der Kosten für Unterkunft) gelten entsprechend.

40 Bei beruflicher Ausbildung in Betrieben oder überbetrieblichen Ausbildungsstätten liegen die Bedarfssätze derzeit bei monatlich 443 Euro. Bei Nachweis von erhöhten Unterhaltskosten kann der Bedarfssatz um bis zu 64 Euro aufgestockt werden.

Bei Unterbringung in einem Wohnheim oder Internat mit voller Verpflegung – entsprechendes gilt, wenn der Auszubildende beim Auszubildenden mit voller Verpflegung untergebracht ist – werden die amtlich festgesetzten Kosten der Unterkunft und Verpflegung und zusätzlich ein Betrag von 80 Euro für sonstige Bedürfnisse zugrunde gelegt.

41 Bei der Teilnahme an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen ist eine Förderung auch bei Unterbringung im Haushalt der Eltern möglich. Der Bedarfssatz beträgt dann 192 Euro. Für Teilnehmer, die außerhalb des elterlichen Haushalts untergebracht sind, beträgt der Bedarfssatz 348 Euro. Er kann bei erhöhten Kosten für die Unterkunft um bis zu 64 Euro aufgestockt werden. Für die Unterbringung in einem Wohnheim gilt das Gleiche wie bei einer beruflichen Ausbildung (Rdnr. 40).

42 Als Fahrkosten werden die Aufwendungen für Fahrten zwischen Unterkunft, Ausbildungsstätte und Berufsschule (Pendelfahrten) berücksichtigt, allerdings maximal in Höhe von 476 Euro monatlich. Bei auswärtiger Unterbringung werden darüber hinaus einmal im Monat die Kosten für eine Heimfahrt zu den Eltern, einem Elternteil oder der eigenen Familie erstattet (ersatzweise die Kosten für eine Fahrt eines Angehörigen zum Auszubildenden). Bei einer Ausbildung im europäischen Ausland werden die Kosten für eine Hin- und Rückreise je Ausbildungshalbjahr, bei einer Ausbildung außerhalb Europas je Ausbildungsjahr erstattet. In Härtefällen können jeweils die Kosten für eine weitere Hin- und Rückreise übernommen werden.

43 Zu den sonstigen Aufwendungen gehören z. B. Kosten für Arbeitskleidung oder Kinderbetreuungskosten. Als Kinderbetreuungskosten werden monatlich 130 Euro pro Kind gezahlt.

Teilnehmer an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen erhalten eine Lernmittelpauschale.

### Einkommensanrechnung

44 Auf den Bedarf wird außer bei der Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme Einkommen angerechnet.

Einkommen des Auszubildenden wird in der Regel in voller Höhe angerechnet. Das Einkommen seiner Eltern und seines Ehegatten wird angerechnet, so weit es bestimmte Freibeträge übersteigt.

Für die Ermittlung des Einkommens und seine Anrechnung gelten im Wesentlichen die Vorschriften des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) über die Einkommensanrechnung entsprechend. Unter bestimmten Voraussetzungen können abweichend vom BAföG zusätzliche Freibeträge bei der Ermittlung des Einkommens des Auszubildenden und der Eltern berücksichtigt werden.

### **Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose (§ 74)**

45 Arbeitslosen, die bei Beginn der Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme Arbeitslosengeld hätten beziehen können, wird die Berufsausbildungsbeihilfe in Höhe des Arbeitslosengeldes gewährt, es sei denn, der dann zu zahlende Betrag läge niedriger als die reguläre Berufsausbildungsbeihilfe. Einkommen, das aus einer Beschäftigung neben der Maßnahme erzielt wird, wird wie beim Bezug von Arbeitslosengeld angerechnet.

### **Förderung der Ausbildung benachteiligter Auszubildender**

46 Die Agentur für Arbeit kann Trägern von Maßnahmen der beruflichen Ausbildung Zuschüsse zur Förderung der Berufsausbildung von lernbeeinträchtigten oder sozial benachteiligten Auszubildenden gewähren, denen nach der Teilnahme an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen ohne weitere Förderung eine Ausbildungsstelle in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht vermittelt werden kann (Benachteiligtenförderung).

Gefördert werden im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrags (auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes, der Handwerksordnung oder des Seemannsgesetzes)

- ausbildungsbegleitende Hilfen (Stützunterricht und sozialpädagogische Betreuung, im Bedarfsfall ergänzt durch Ausbildungsabschnitte in einer außerbetrieblichen Einrichtung), so weit sie für einen erfolgreichen Abschluss der betrieblichen Berufsausbildung erforderlich sind,
- die Fortsetzung ausbildungsbegleitender Hilfen nach dem Abbruch der Ausbildung in einem Betrieb oder einer außerbetrieblichen Einrichtung bis zur Aufnahme einer neuen Ausbildung oder die Fortsetzung dieser Hilfen nach Abschluss der

Ausbildung zur Unterstützung auf einem neuen Arbeitsplatz (Übergangshilfen) und

- das erste Jahr einer Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung, wenn eine Ausbildungsstelle in einem Betrieb auch mit ausbildungsbegleitenden Hilfen nicht vermittelt werden kann, sowie deren Fortsetzung, wenn die Vermittlung auch nach Ablauf des ersten Jahres nicht gelingt.

Gelingt dem Träger der außerbetrieblichen Ausbildung die vorzeitige Vermittlung der Auszubildenden in eine betriebliche Ausbildung, kann unter bestimmten weiteren Voraussetzungen eine Vermittlungspauschale in Höhe von 2.000 Euro an den Träger gezahlt werden.

47 Werden ausbildungsbegleitende Hilfen während der betrieblichen Ausbildungszeit durchgeführt, kann die Ausbildungsvergütung dem Arbeitgeber für diese Zeiträume von der Agentur für Arbeit erstattet werden; gleiches gilt, wenn Ausbildungsabschnitte in einer außerbetrieblichen Einrichtung absolviert werden und der Auszubildende während dieser Zeit die Ausbildungsvergütung weiterzahlt.

48 Im Rahmen der Benachteiligtenförderung sind auch Hilfen möglich, die bereits im Vorfeld von Ausbildung, Qualifizierung oder Beschäftigung ansetzen. Diese so genannten Aktivierungshilfen tragen dem Umstand Rechnung, dass ein Teil der Jugendlichen durch eine früh einsetzende Betreuung für eine berufliche Qualifizierung motiviert werden muss. Die Kosten für diese Hilfen können allerdings höchstens zur Hälfte von der Bundesagentur für Arbeit übernommen werden; es ist deshalb eine ergänzende Finanzierung von dritter Seite (z. B. dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe) erforderlich.

49 Benachteiligte Jugendliche können nicht nur während ihrer Ausbildung, sondern auch in der Phase der Beschäftigungsaufnahme und danach auf unterstützende Maßnahmen angewiesen sein, die über das in Betrieben Übliche hinausgehen. Es besteht deshalb die Möglichkeit, für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten Beratung und Betreuung zur Vermeidung oder zur Behebung von Anfangsschwierigkeiten am neuen Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen (beschäftigungsbegleitende Hilfen). Die Angebote können insbesondere den Abbau von Sprach- und Bildungsdefiziten, die fachliche Förderung in Theorie und Praxis sowie sozialpädagogische Begleitung beinhalten.



## Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 ff)

### Grundsätze der Förderung

50 Arbeitnehmer, die an einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme teilnehmen, können gefördert werden. Die Förderung kann in der Übernahme der Weiterbildungskosten und der Weiterzahlung von Arbeitslosengeld während der Teilnahme bestehen. Die Förderung setzt voraus, dass die Weiterbildung notwendig ist,

- um den arbeitslosen Arbeitnehmer wieder beruflich einzugliedern,
- um eine drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden,
- um im Falle der Teilzeitbeschäftigung eine Vollzeittätigkeit erlangen zu können oder
- wegen eines fehlenden Berufsabschlusses.

Erforderlich ist außerdem, dass

- die Weiterbildungsmaßnahmen und ihr Träger für die Förderung zugelassen ist und
- die Agentur für Arbeit den Teilnehmer vor Maßnahmebeginn beraten hat.

51 Eine Bildungsmaßnahme wegen eines fehlenden Berufsabschlusses wird nicht nur dann als notwendig anerkannt, wenn der Arbeitnehmer keinen Berufsabschluss besitzt, sondern auch in anderen Fällen: Bei Arbeitnehmern, die bereits drei Jahre beruflich tätig sind, wird die Notwendigkeit anerkannt, wenn eine Berufsausbildung oder eine Berufsvorbereitungsmaßnahme nicht zumutbar ist. Für Arbeitnehmer, die zwar über einen Berufsabschluss verfügen, jedoch vier Jahre oder länger in angelernter oder ungelerner Tätigkeit beschäftigt waren und deshalb voraussichtlich keine ihrem Berufsabschluss angemessene Beschäftigung mehr finden können, wird die Notwendigkeit ebenfalls anerkannt.

### Bildungsgutschein

52 Arbeitnehmer, die die genannten Voraussetzungen erfüllen, erhalten von der Agentur für Arbeit darüber eine Bescheinigung in Form eines Bildungsgutscheins. Der Bildungsgutschein kann regional oder auf ein bestimmtes Bildungsziel hin begrenzt werden. Mit dem Gutschein kann ein anerkannter Bildungsträger ausgewählt und bei ihm eine für die Förderung zugelassene Maßnahme besucht werden.

### Zulassung von Bildungsmaßnahmen

53 Zugelassen werden können nur Maßnahmen, die eine erfolgreiche arbeitsmarktliche zweckmäßige Bildung erwarten lassen, angemessene Teilnahmebedingungen bieten, mit einem aussagefähigen Zeugnis abschließen und wirtschaftlich und sparsam geplant und durchgeführt wird, wobei insbesondere Kosten und Dauer angemessen sein müssen. Dies muss eine fachkundige Stelle festgestellt haben. Die Maßnahmen müssen zum Ziel haben,

- berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen,
- einen Berufsabschluss zu vermitteln oder
- zu einer anderen beruflichen Tätigkeit zu befähigen.

54 Maßnahmen, die diese Anforderungen nicht erfüllen, kann die Agentur für Arbeit nicht anerkennen. Dies gilt insbesondere, wenn überwiegend allgemeinbildendes Wissen oder Wissen vermittelt wird, das ansonsten in den üblichen Studiengängen an Hochschulen oder ähnlichen Einrichtungen gelehrt wird, oder wenn Inhalte vermittelt werden, die nicht berufsbezogen sind oder hauptsächlich zur Vorbereitung einer selbständigen Tätigkeit dienen.

55 Wenn es dem Erreichen des Bildungsziels dient, können auch Maßnahmen zugelassen werden, die im Ausland durchgeführt werden. Die Zulassung ist ausgeschlossen, wenn nur Inhalte vermittelt werden, die den Bildungszielen allgemeinbildender Schulen oder berufsqualifizierender Studiengänge an Hochschulen entsprechen oder wenn nicht berufsbezogenes Wissen vermittelt wird. Beschäftigungen, die einer Weiterbildung folgen, um eine staatliche Anerkennung oder Berufsausübungserlaubnis zu bekommen („Anerkennungsjahr“), sind keine förderfähige Weiterbildung.

### Dauer von Weiterbildungsmaßnahmen

56 Die Dauer einer Maßnahme ist angemessen, wenn sie sich auf das zum Erreichen des Bildungsziels Notwendige beschränkt.

57 Führt die Maßnahme zu einem anerkannten Ausbildungsberuf, muss sie mindestens um ein Drittel kürzer sein, als es die Erstausbildung in diesem Beruf wäre. Ist eine solche Verkürzung gesetzlich ausge-



schlossen, kann die Agentur für Arbeit jedoch zwei Drittel der Maßnahmedauer fördern, wenn bereits zu Maßnahmebeginn die Finanzierung auch des restlichen Zeitraums sichergestellt ist. Übergangsweise werden Maßnahmen, die bis 2004 begonnen haben und zu einem Berufsabschluss führen, bis zu drei Jahre gefördert, wenn die jeweiligen Berufsgesetze eine Verkürzung der Ausbildung nicht zulassen.

## Anerkennung von Bildungsträgern

58 Der Maßnahmeträger muss die erforderliche Leistungsfähigkeit besitzen und die Eingliederung der Teilnehmer in den Arbeitsmarkt durch eigene Vermittlungsbemühungen unterstützen können. Aus- und Fortbildung von Leiter und Lehrkräften müssen zudem eine erfolgreiche Weiterbildung erwarten lassen. Der Träger ist verpflichtet, ein Qualitätssicherungssystem anzuwenden.

## Umfang der Förderung

59 Die berufliche Weiterbildung kann die Agentur für Arbeit durch Übernahme der Weiterbildungskosten fördern.

60 Als Weiterbildungskosten können die Kosten übernommen werden, die durch die Weiterbildung unmittelbar entstehen. Dies sind: Lehrgangskosten (Lehrgangsgebühren einschließlich der Kosten für erforderliche Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungsgebühren für gesetzlich geregelte oder allgemein anerkannte Zwischen- und Abschlussprüfungen, Prüfungsstücke) sowie etwaige im Vorfeld der Teilnahme anfallende Kosten für eine Eignungsfeststellung (z. B. Gesundheitsprüfung), Fahrkosten in Form einer Kilometerpauschale (je 0,36 Euro für die ersten zehn und je 0,40 Euro für jeden weiteren Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Bildungsstätte) und Kosten für eine erforderliche auswärtige Unterbringung und Verpflegung sowie Kinderbetreuungskosten (für die Betreuung aufsichtsbedürftiger Kinder) von monatlich 130 Euro je Kind.

61 Um das während der Weiterbildung ausfallende Arbeitsentgelt zu ersetzen, können die Bildungsteilnehmer Arbeitslosengeld erhalten. Dies setzt voraus, dass sie die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld erfüllen und dem Arbeitsmarkt nur deshalb nicht zur Verfügung stehen, weil sie an der Bildungsmaßnahme teilnehmen. Die Teilnahme muss allerdings mit Zustimmung der Agentur für Arbeit erfolgt sein und der Teilnehmer muss sich bereit erklärt haben, die Maßnahme abzubrechen, sobald

eine berufliche Eingliederung in Betracht kommt. Die Abbruchmöglichkeit für diesen Fall muss er mit dem Bildungsträger vereinbart haben.

## Besondere Förderungsmöglichkeit für Ältere (§ 417)

62 Die berufliche Weiterbildung von in Beschäftigung stehenden Arbeitnehmern ist grundsätzlich Aufgabe der Unternehmen und der Beschäftigten selbst. Als Ausnahme von diesem Grundsatz wird Übergangsweise die Weiterbildung älterer Arbeitnehmer aus kleinen und mittleren Unternehmen gefördert, auch wenn deren Beschäftigungsverhältnis während der Maßnahme fortbesteht. Voraussetzung ist, dass der Arbeitnehmer das 50. Lebensjahr vollendet hat und einem Unternehmen angehört, das nicht mehr als 100 Beschäftigte hat. Der Arbeitgeber muss das Arbeitsentgelt während der Weiterbildung fortzahlen. Die Förderung durch die Agentur für Arbeit besteht in der Übernahme der Weiterbildungskosten. Die Weiterbildung darf allerdings keine lediglich arbeitsplatzbezogene und interne Qualifizierung sein. Diese Förderung, die ein Anreiz zur beruflichen Weiterbildung Älterer sein soll, ist möglich, wenn die Weiterbildungsmaßnahme bis zum 31. Dezember 2006 begonnen hat.

## Eintritte in Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung – in Tausend –

Jahr	West	Ost
1996	378	269
1997	275	166
1998	372	236
1999	307	183
2000	338	214
2001	261	188
2002	273	183
2003	164	92
2004	122	64
2005	91	40

## Aufwendungen für Leistungen zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung – in Mio. DM – ab 2002 in Mio. Euro

Haushaltsjahr	Ausbildung	Weiterbildung
1996	2 353	5 352
1997	2 544	4 404
1998	2 579	4 736
1999	2 757	5 288
2000	2 930	5 242
2001	3 138	5 434
2002	3 214	6 705
2003	3 131	5 016
2004	2 542	3 636
2005	1 961	1 806

## **Förderung von Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung und der beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen**

63 Mit der Förderung von Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung und der beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen bezweckt das SGB III einerseits, ein Angebot an Bildungseinrichtungen zu schaffen, das der Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe gerecht wird, andererseits die Beschäftigungsstruktur der einzelnen Wirtschaftszweige und -regionen zu verbessern.

64 Träger von Einrichtungen der beruflichen Aus- oder Weiterbildung oder zur beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen können durch Darlehen und Zuschüsse gefördert werden, wenn dies für die Erbringung anderer Leistungen der aktiven Arbeitsförderung notwendig ist. Die Förderung setzt voraus, dass der Träger sich in angemessenem Umfang an den Kosten beteiligt. Förderleistungen können für Aufbau, Erweiterung und Ausstattung der Einrichtungen sowie den der beruflichen Bildung behinderter Menschen dienenden begleitenden Diensten, Internaten, Wohnheimen und Nebeneinrichtungen erbracht werden. Auch Maßnahmen zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von Lehrgängen, Lehrprogrammen oder Lehrmethoden zur beruflichen Bildung von behinderten Menschen sind förderfähig.

65 Die Bundesagentur für Arbeit soll Einrichtungen, die zur beruflichen Aus- oder Weiterbildung oder zur beruflichen Rehabilitation behinderter Menschen dienen, gemeinsam mit anderen Trägern oder alleine errichten, wenn bei dringendem Bedarf geeignete Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen. Sie kann allein oder gemeinsam mit anderen Trägern Einrichtungen errichten, die als Modell für Einrichtungen anderer Träger dienen.

## **Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (§§ 53-58)**

### **Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung**

66 Zur Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung erbringt die Agentur für Arbeit Leistungen an Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Sie sollen dazu beitragen,

die Arbeitsaufnahme oder die Begründung eines Ausbildungsverhältnisses zu ermöglichen, um Arbeitslosigkeit zu beseitigen, drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden oder offene Stellen zu besetzen.

### **Leistungen an Arbeitnehmer zur Arbeitsaufnahme**

67 Arbeitsuchende, die bei der Agentur für Arbeit gemeldet und arbeitslos oder von Arbeitslosigkeit bedroht sind, und Ausbildungssuchende können durch unterstützende Leistungen zur Beratung und Vermittlung gefördert werden. Möglich sind:

- Zuschüsse zu Bewerbungskosten (Kosten für Erstellen und Versenden von Bewerbungsunterlagen) bis zu 260 Euro innerhalb eines Jahres sowie
- Zuschüsse zu Reisekosten, also Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten, die anlässlich einer Berufsberatung, Vermittlung, Eignungsfeststellung oder eines Vorstellungsgespräches entstehen. Übernommen werden die Fahrkosten der niedrigsten Klasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels, bei Benutzung eines PKW eine Kilometerpauschale von 0,22 Euro je gefahrenen Kilometer. Für Verpflegung und Übernachtung wird ein Tage- bzw. Übernachtungsgeld nach bestimmten Sätzen gewährt, die sich nach den Reisekostenvorschriften für Bundesbeamte richten.

68 Daneben können Arbeitslose, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen wollen, durch Mobilitätshilfen gefördert werden. Die Agentur für Arbeit kann folgende Leistungen anbieten:

- Kostenersatz für notwendige Arbeitskleidung und Arbeitsgerät (Ausrüstungsbeihilfe) bis zu 260 Euro, wenn die Ausrüstung üblicherweise vom Arbeitnehmer zu stellen ist,
- Kostenerstattung für die Fahrt zum Antritt einer Arbeitsstelle (Reisekostenbeihilfe) bis zu einer Höhe von 300 Euro,
- Übergangsbeihilfe, um bei einer Arbeitsaufnahme den Lebensunterhalt bis zur ersten Zahlung des Arbeitsentgelts zu sichern. Als Übergangsbeihilfe kann ein zinsloses Darlehen in Höhe von bis zu 1.000 Euro gezahlt werden, das zwei Monate nach der Auszahlung in zehn Monatsraten getilgt werden muss,

- Zuschüsse zu den Fahrkosten (Fahrkostenbeihilfe) für die tägliche Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnort und auswärtiger Arbeitsstelle bis zur Dauer von sechs Monaten. Die Fahrkostenbeihilfe kann bis zu 50% der Fahrkosten der niedrigsten Klasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels betragen,
- Trennungskostenbeihilfe, wenn die Aufnahme einer auswärtigen Arbeit eine getrennte Haushaltsführung von den Familienangehörigen erfordert. Die Trennungskostenbeihilfe kann bis zu sechs Monaten in Höhe von bis zu 260 Euro monatlich erbracht werden und
- Übernahme der Umzugskosten durch Umzugskostenbeihilfe, wenn der Arbeitnehmer wegen Arbeitsaufnahme an einen anderen Ort umziehen muss und der Umzug innerhalb von zwei Jahren stattfindet.

69 Diese Leistungen können Empfänger von Arbeitslosengeld auch erhalten, wenn sie eine Arbeit im Ausland aufnehmen. Übergangsbeihilfe, Ausrüstungsbeihilfe und Umzugskostenbeihilfe kommen auch für Berufsanwärter in Betracht, wenn sie bei der Agentur für Arbeit als Bewerber um eine berufliche Ausbildungsstelle gemeldet sind.

70 Ein Rechtsanspruch auf Leistungen zur Unterstützung der Beratung und Vermittlung sowie auf Mobilitätshilfen besteht nicht. Sie dürfen nur erbracht werden, so weit der Arbeitsuchende die Kosten nicht selbst tragen kann.

### **Entgeltsicherung für Ältere (§ 421j)**

71 Die Entgeltsicherung soll Arbeitslosen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, einen finanziellen Anreiz bieten, eine neue Arbeit aufzunehmen. Ist die neue Tätigkeit geringer bezahlt als die frühere Beschäftigung, zahlt die Agentur für Arbeit einen Zuschuss zum Nettoarbeitsentgelt der neuen Beschäftigung und zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung. Dies soll den Minderverdienst teilweise ausgleichen. Die Regelung gilt entsprechend für mindestens 50-jährige Arbeitnehmer, die unmittelbar von einer höher entlohten in eine niedriger entlohnte Beschäftigung wechseln und eine Arbeitslosigkeit dadurch vermeiden. Bei Aufnahme der neuen Beschäftigung muss allerdings noch ein (Rest)Anspruch auf Arbeitslosengeld für mindestens sechs Monate bestehen. Die Entlohnung im neuen Arbeitsverhältnis

muss tariflichen, bzw. bei fehlenden tariflichen Regelungen, ortsüblichen Bedingungen entsprechen.

72 Der Zuschuss zum Nettoarbeitsentgelt beträgt 50% des Unterschiedsbetrages zwischen dem pauschalierten Nettoentgelt der früheren und der neuen Beschäftigung. Die Berechnung des pauschalierten Nettoentgelts erfolgt wie beim Arbeitslosengeld. Die zusätzlichen Beiträge zur Rentenversicherung werden nach dem Unterschiedsbetrag zwischen dem Bruttoarbeitsentgelt aus der neuen Beschäftigung und 90% des Bruttoarbeitsentgelts der früheren Beschäftigung berechnet und unmittelbar von der Agentur für Arbeit an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt. Bei Arbeitnehmern, die von der Rentenversicherungspflicht befreit sind, werden die Beiträge zu einer privaten Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung in entsprechender Höhe erstattet.

73 Die Leistung ist ausgeschlossen, wenn die neue Beschäftigung beim selben Arbeitgeber erfolgt oder bei einem Arbeitgeber, bei dem der Arbeitnehmer schon einmal länger als drei Monate tätig war. Anspruch auf die Leistungen der Entgeltsicherung besteht, solange ein (Rest)Anspruch auf Arbeitslosengeld gegeben ist oder, bei Arbeitslosmeldung, gegeben wäre. Die Entgeltsicherung kann damit im Höchstfall (für mindestens 57-jährige Arbeitnehmer) für bis zu 32 Monate gezahlt werden. Sie ist steuerfrei, wird jedoch im Rahmen des steuerlichen Progressionsvorbehaltes berücksichtigt. Die Entgeltsicherung können Arbeitnehmer erhalten, die bis zum 31. Dezember 2007 einen Anspruch darauf erwerben. Insgesamt kann die Leistung bis zum 31. Dezember 2009 bezogen werden.

### **Trainingsmaßnahmen und Maßnahmen zur Eignungsfeststellung (§§ 48-51)**

74 Um die Eingliederungsaussichten von Arbeitslosen und Arbeitsuchenden, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, zu verbessern, sind so genannte Trainingsmaßnahmen und Maßnahmen zur Eignungsfeststellung vorgesehen. Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende können auf Vorschlag oder mit Einwilligung der Agentur für Arbeit an solchen Maßnahmen teilnehmen. Diese müssen geeignet und angemessen sein, um die Eingliederungsaussichten zu verbessern. Die Förderung umfasst die Übernahme von Maßnahmekosten und die Weiterzahlung von Arbeitslosengeld während

der Teilnahme, die Förderung kann auch auf die Weiterzahlung dieser Leistungen beschränkt werden. Erstattungsfähige Maßnahmekosten sind ggf. entstehende Lehrgangskosten, Fahrkosten für die tägliche Hin- und Rückfahrt zwischen Wohnort und Ort der Maßnahme sowie Kinderbetreuungskosten von 130 Euro im Monat je Kind. Gefördert werden solche Trainingsmaßnahmen, die die Eignung für eine berufliche Tätigkeit oder eine Maßnahme der aktiven Arbeitsförderung feststellen. Im Einzelnen sind dies Maßnahmen

- die die Selbstsuche sowie die Vermittlung, insbesondere durch Bewerbungstraining und Beratung über Möglichkeiten der Arbeitsplatzsuche, unterstützen,
- die bei Arbeitslosen die Arbeitsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit prüfen oder
- die die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um eine Vermittlung in Arbeit oder den erfolgreichen Abschluss einer Bildungsmaßnahme erheblich zu verbessern.

Die Maßnahme kann auch in einem anderen Staat der Europäischen Union oder einem assoziierten Staat durchgeführt werden, wenn für die Maßnahme EG-Fördermittel geleistet werden.

75 Die Förderung kann insgesamt bis zu 12 Wochen dauern. Sie ist ausgeschlossen, wenn die Trainingsmaßnahme zur Einstellung bei einem Arbeitgeber führen soll, der den Arbeitslosen in den letzten vier Jahren bereits beschäftigt hat. Ausgeschlossen ist die Förderung auch, wenn sie die Einstellung bei einem Arbeitgeber bezwecken soll, der dem Arbeitslosen vor Eintritt der Arbeitslosigkeit eine Beschäftigung angeboten hat. Dies gilt auch, wenn von einem Arbeitgeber eine Beschäftigung üblicherweise ohne solche Tätigkeiten oder Maßnahmen erwartet werden kann oder ihm geeignete Fachkräfte vermittelt werden können.

## Leistungen an Arbeitgeber

### Eingliederungszuschüsse (§§ 217-222)

#### Grundsatz

76 Für die Eingliederung von Arbeitnehmern, die Vermittlungshemmnisse haben, können Arbeitgeber Eingliederungszuschüsse von der Agentur für Arbeit erhalten. Dauer und Höhe der Förderung richten sich

nach dem Umfang der Minderleistung des jeweiligen Arbeitnehmers und den jeweiligen Eingliederungserfordernissen. Grundsätzlich darf der Eingliederungszuschuss 50% des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts nicht übersteigen und für längstens zwölf Monate gezahlt werden.

#### Sonderregelungen

77 Etwas anderes gilt für schwerbehinderte und sonstige behinderte Menschen: Für sie kann die Förderhöhe bis zu 70% und der Förderzeitraum bis zu 24 Monate betragen. Auch bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen im Sinne von § 104 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX und ihnen Gleichgestellten darf die Förderung bis zu 70% des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts betragen. Sie darf jedoch für bis zu 36 Monate, bei schwerbehinderten Menschen, die 55 Jahre und älter sind, für bis zu 96 Monate geleistet werden. Bei der Entscheidung über Höhe und Dauer der Förderung muss die Agentur für Arbeit berücksichtigen, ob der schwerbehinderte Mensch ohne gesetzliche Verpflichtung oder über die Beschäftigungspflicht nach dem SGB IX hinaus eingestellt und beschäftigt wird. Eine geförderte befristete Vorbeschäftigung beim selben Arbeitgeber soll berücksichtigt werden.

78 Bei der Förderung dieser Personengruppen muss der Zuschuss nach zwölf Monaten entsprechend der Zunahme der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers und den abnehmenden Eingliederungserfordernissen angepasst und um mindestens zehn Prozentpunkte vermindert werden. Bei besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen darf er 30% des berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts nicht unterschreiten. Der Eingliederungszuschuss für besonders betroffene schwerbehinderte ältere Arbeitnehmer darf erst nach 24 Monaten angepasst werden.

Für Arbeitnehmer, die bei Förderbeginn 50 Jahre und älter sind, gelten besondere Bestimmungen, wenn die Förderung bis zum 31. Dezember 2009 beginnt. In diesen Fällen kann der Eingliederungszuschuss für bis zu 36 Monate geleistet werden. Eine Anpassung nach zwölf Monaten erfolgt nach den oben genannten Maßgaben. Handelt es sich um besonders betroffene schwerbehinderte Arbeitnehmer, wird der Zuschuss für bis zu 96 Monate geleistet. Für besonders betroffene schwerbehinderte Arbeitnehmer ab Vollendung des 55. Lebensjahres ist der Zuschuss auf 60 Monate begrenzt.

## Bemessung des Zuschusses

79 Der Eingliederungszuschuss bemisst sich nach dem vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelt. Berücksichtigt werden die Arbeitsentgelte allerdings nur bis zur Höhe des tariflichen Entgelts oder wenn eine tarifliche Regelung nicht besteht, bis zur Höhe des ortsüblichen Entgelts für vergleichbare Tätigkeiten. Hinzu kommt der Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag, der pauschaliert wird.

## Förderungsausschluss und Rückzahlung

80 Die Förderung durch einen Eingliederungszuschuss ist ausgeschlossen, wenn zu vermuten ist, dass der Arbeitgeber die Beendigung einer Beschäftigung veranlasst hat, um den Zuschuss zu erhalten oder die Einstellung bei einem früheren Arbeitgeber erfolgt, bei dem der Arbeitnehmer in den letzten vier Jahren tätig war. Dies gilt allerdings nicht, wenn es sich um die befristete Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen handelt.

81 Ein Eingliederungszuschuss muss teilweise zurückgezahlt werden, wenn das Beschäftigungsverhältnis während der Förderdauer oder während eines Zeitraums von zwölf Monaten nach der Förderung beendet wird (Nachbeschäftigungszeit). Erfolgte die Förderung für weniger als zwölf Monate, gilt ein entsprechend kürzerer Zeitraum für die Nachbeschäftigung. Keine Nachbeschäftigungsverpflichtung besteht bei Eingliederungszuschüssen für Ältere nach der für den Förderbeginn bis 31. Dezember 2009 geltenden Sonderbestimmung.

Eine Rückzahlungsverpflichtung besteht nicht, wenn der Arbeitgeber zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Gründen berechtigt war, der Arbeitnehmer die Beendigung veranlasst hat oder er das Mindestalter für den Bezug einer Altersrente erreicht hat. Handelt es sich um einen Eingliederungszuschuss für Ältere nach der für den Förderbeginn bis 31. Dezember 2009 geltenden Sonderregelung, gibt es keine Rückzahlungsverpflichtung.

Die Rückzahlungsverpflichtung besteht bis zur Höhe von 50% des Förderbetrages und darf die in den letzten zwölf Monaten vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses geleistete Förderung nicht übersteigen. Ungeförderte Nachbeschäftigungszeiten werden dabei anteilig berücksichtigt.

## Weiterbildung durch Vertretung (Jobrotation, §§ 229- 233)

82 Arbeitgeber, die einem bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer die Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung ermöglichen und für diese Zeit einen Arbeitslosen als Vertreter einstellen, können einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt des Vertreters erhalten. Mit dieser Förderung der Weiterbildung durch Vertretung (so genannte Jobrotation) soll die Bereitschaft von Arbeitgebern gesteigert werden, ihre Beschäftigten beruflich weiterzubilden. Gleichzeitig werden die Wiedereingliederungschancen von Arbeitslosen verbessert, die durch die Vertretungstätigkeit praktische Erfahrung erhalten.

Der Arbeitgeber ist nicht verpflichtet, den Arbeitslosen unbefristet einzustellen. Jobrotation ist ein sachlicher Grund zum Abschluss eines befristeten Arbeitsverhältnisses. Soll jedoch der Arbeitnehmer in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis übernommen werden, ist dies jederzeit möglich. Ebenso wenig hängt die Förderung davon ab, dass der Stammarbeitnehmer nach Beendigung der beruflichen Weiterbildungsmaßnahme bei dem Arbeitgeber weiterbeschäftigt wird.

83 Der Zuschuss beträgt zwischen 50% und 100% des Arbeitsentgelts des Vertreters, wobei eine Vollförderung allerdings nur bei besonderen Umständen in Ausnahmefällen in Betracht kommt. Bei der Zuschusshöhe sollen u. a. die Aufwendungen, die der Arbeitgeber für die berufliche Weiterbildung des Stammarbeitnehmers tätigt, berücksichtigt werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Arbeitgeber im Regelfall das Arbeitsentgelt des Stammarbeitnehmers während dessen Weiterbildung weiterzahlt. Allerdings schließt auch eine Freistellung ohne Entgeltzahlung die Förderung der Jobrotation nicht grundsätzlich aus. Kriterien für die Höhe des Zuschusses sind die Qualifikation des Vertreters und seine Förderungsbedürftigkeit. Die Dauer der Förderung ist auf ein Jahr begrenzt. Dabei ist die Zeit maßgebend, die der Vertreter ununterbrochen bei dem Arbeitgeber beschäftigt wird, unabhängig davon, ob er einen oder mehrere Stammarbeitnehmer vertritt.

## Weiterbildung für ungelernete Arbeitnehmer (§ 235c)

84 Ein Arbeitnehmer ohne Berufsabschluss kann auch im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses weitergebildet werden. Zahlt der Arbeitgeber



das Arbeitsentgelt auch für Zeiten, in denen wegen der Weiterbildung keine Arbeitsleistung erbracht wird, kann er durch Zuschüsse der Agentur für Arbeit gefördert werden. Die Zuschüsse können bis zur Höhe dieses Arbeitsentgelts einschließlich des darauf entfallenden pauschalierten Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag geleistet werden.

#### **Weiterbildung für von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer (§ 417)**

85 Für Arbeitnehmer, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind, weil ihnen bereits gekündigt wurde, kann eine Förderung noch vor Eintritt der Arbeitslosigkeit erfolgen, wenn der Arbeitgeber sie unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freistellt, damit sie an einer Bildungsmaßnahme teilnehmen. Die Maßnahme muss notwendig sein, um eine neue Arbeitsstelle zu bekommen. In Betracht kommen eine Trainingsmaßnahme, eine Maßnahme der Eignungsfeststellung oder eine Maßnahme der beruflichen Weiterbildung, die mit der Agentur für Arbeit abgestimmt sein müssen. Der Arbeitgeber kann von der Agentur für Arbeit einen Zuschuss bis zur Höhe des während der Teilnahme an der Maßnahme an den Arbeitnehmer gezahlten Arbeitsentgelts einschließlich des Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag erhalten. Die Bildungsmaßnahme muss jedoch bis zum 31. Dezember 2006 begonnen haben.

#### **Beitragsbonus (§ 421k)**

86 Arbeitgeber, die einen Arbeitnehmer einstellen, der mindestens 55 Jahre ist, sind von der Zahlung ihres Beitragsanteils zur Arbeitslosenversicherung (3,25% des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts) befreit. Damit Mitnahmeeffekte vermieden werden, ist die Beitragsbefreiung allerdings ausgeschlossen, wenn der Arbeitnehmer zuvor bereits bei diesem Arbeitgeber beschäftigt war. Die Regelung ist befristet und gilt für Einstellungen bis zum 31. Dezember 2007. Ist die Einstellung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, gilt die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer des Beschäftigungsverhältnisses. Die Arbeitnehmer erwerben für den Fall der Arbeitslosigkeit volle Leistungsansprüche. Die entfallene Beitragsleistung des Arbeitgebers wirkt sich nicht aus.

#### **Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit**

##### **Überbrückungsgeld (§ 57)**

87 Arbeitnehmer, die ihre Arbeitslosigkeit dadurch beenden oder vermeiden, dass sie sich im Hauptbe-

ruf selbständig machen, unterstützt die Agentur für Arbeit durch Überbrückungsgeld. Die Förderung erhalten Personen, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit

- Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III bezogen haben oder Anspruch darauf gehabt hätten oder
- eine Beschäftigung ausgeübt haben, die als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme gefördert worden ist.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Stellungnahme einer fachkundigen Stelle über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorgelegt wird. Das Überbrückungsgeld wird bis zur Höhe des Betrages geleistet, den der Antragsteller zuletzt als Arbeitslosengeld bezogen hat oder bezogen hätte. Die Agentur für Arbeit zahlt dabei auch die auf das Arbeitslosengeld allgemein entfallenden Sozialversicherungsbeiträge, die es zuvor entrichtet hat oder hätte entrichten müssen. Das Überbrückungsgeld wird für sechs Monate geleistet. Die erneute Förderung durch Überbrückungsgeld ist nur möglich, wenn seit einer vorangegangenen Förderung mindestens zwei Jahre vergangen sind, es sei denn, es liegen besondere Gründe in der Person des Arbeitnehmers vor.

##### **Existenzgründungszuschuss (Förderung der 'Ich-AG', § 421l)**

88 Arbeitnehmer, die ihre Arbeitslosigkeit mittels der Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit beenden, haben Anspruch auf einen Existenzgründungszuschuss. Voraussetzungen sind, dass sie

- zuvor Arbeitslosengeld bezogen haben oder in einer Arbeitsbeschaffungs- oder Strukturanpassungsmaßnahme gefördert worden sind,
- keinen Arbeitnehmer oder nur mitarbeitende Familienangehörige beschäftigen,
- ein Arbeitseinkommen von voraussichtlich nicht mehr als 25.000 Euro jährlich erzielen werden und
- die Stellungnahme einer fachkundigen Stelle (z. B. einer Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer oder berufsständischen Kammer, eines Fachverbandes oder eines Kreditinstituts) über die Tragfähigkeit der Existenzgründung vorlegen.

Der Existenzgründungszuschuss wird für jeweils ein Jahr bewilligt und grundsätzlich drei Jahre lang gezahlt. Wer allerdings das 65. Lebensjahr vollendet

hat, erhält keinen Zuschuss mehr. Er beträgt im ersten Jahr 600 Euro, im zweiten Jahr 360 Euro und im dritten Jahr 240 Euro monatlich. Die Fördervoraussetzungen, insbesondere die Einhaltung der Einkommensgrenze, müssen jedes Jahr erneut nachgewiesen werden. Wird die Einkommensgrenze von 25.000 Euro überschritten, entfällt der Zuschuss für das nächste Jahr, wird aber für das vergangene Jahr nicht zurückgefordert. Der Existenzgründungszuschuss ist steuerfrei und unterliegt - im Unterschied zu den meisten anderen Leistungen der Arbeitsförderung - auch nicht dem steuerlichen Progressionsvorbehalt. Die Förderung erhält, wer bis 30. Juni 2006 eine 'Ich-AG' gründet und die weiteren Fördervoraussetzungen erfüllt.

### Soziale Sicherung der Ich-AG-Gründer

89 Gründer einer 'Ich-AG' sind, solange sie den Existenzgründungszuschuss erhalten, als Selbständige in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert. Sie können für die ersten drei Jahre der selbständigen Tätigkeit Beiträge nach einem Arbeitseinkommen in Höhe von 50% der Bezugsgröße der Sozialversicherung (für 2005 monatlich 1.225 Euro [West] und 1.032,50 Euro [Ost]), entrichten. Weisen sie ein höheres oder niedrigeres Arbeitseinkommen nach, gilt dieses als beitragspflichtige Einnahme. Zugrunde zu legen ist jedoch mindestens ein Betrag von 400 Euro im Monat.

In der gesetzlichen Krankenversicherung können die Ich-AG-Gründer sich für die Dauer der Förderung gegen einen Mindestbeitrag freiwillig versichern. Dies zieht auch die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach sich.

In die Arbeitslosenversicherung sind die Existenzgründer allerdings nicht einbezogen. Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung besteht jedoch regelmäßig in der ersten Zeit nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit. So kann ein bei Existenzgründung noch nicht erschöpfter (Rest)Anspruch auf Arbeitslosengeld im Falle einer Geschäftsaufgabe wieder geltend gemacht werden, wenn nach der Entstehung des Anspruches noch nicht vier Jahre vergangen sind.

### Förderung der Ich-AG oder Überbrückungsgeld?

90 Ein Existenzgründerzuschuss für Ich-AG-Gründer ist ausgeschlossen, wenn der Gründer bereits Überbrückungsgeld erhalten hat. Überbrückungsgeld wird

längstens für sechs Monate gezahlt. Seine Höhe ist jedoch nicht an Einkommensgrenzen geknüpft und entspricht dem zuletzt bezogenen Arbeitslosengeld zuzüglich eines Pauschbetrages für Aufwendungen zu sozialen Sicherung. Welche Leistung bei einer Existenzgründung im konkreten Fall günstiger ist, lässt sich nur im Einzelfall entscheiden.

### Einstellungszuschüsse bei Neugründungen (§§ 225-228)

91 Arbeitgeber können in der ersten Phase der Existenzgründung durch Zuschüsse zur Einstellung von bisher arbeitslosen neuen Mitarbeitern unterstützt werden. Die Agentur für Arbeit kann sie, wenn sie vor nicht mehr als zwei Jahren eine selbständige Tätigkeit aufgenommen haben, für die unbefristete Beschäftigung eines zuvor arbeitslosen förderungsbedürftigen Arbeitnehmers auf einem neu geschaffenen Arbeitsplatz durch einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt (Einstellungszuschuss bei Neugründungen) fördern. Der Arbeitnehmer muss vor der Einstellung mindestens drei Monate Arbeitslosengeld oder Transferkurzarbeitergeld bezogen haben, in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme beschäftigt gewesen sein, an einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen oder die Voraussetzungen erfüllt haben, um Entgeltersatzleistungen bei beruflicher Weiterbildung oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten. Die Förderung setzt zudem voraus, dass der Arbeitnehmer ohne die Leistung nicht oder nicht dauerhaft in den Arbeitsmarkt einzugliedern wäre. Der Arbeitgeber darf nicht mehr als fünf Arbeitnehmer gleichzeitig beschäftigen. Eine fachkundige Stelle muss zur Tragfähigkeit der Existenzgründung Stellung genommen haben. Der Einstellungszuschuss bei Neugründungen kann höchstens für zwei Arbeitnehmer gleichzeitig geleistet werden. Er kann für bis zu 12 Monate in Höhe von 50% des tariflichen oder, so weit eine tarifliche Regelung nicht besteht, des ortsüblichen Arbeitsentgelts einschließlich des Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag geleistet werden.

### Leistungen an Träger

#### Jugendwohnheimbau (§ 252)

92 Die Bundesagentur für Arbeit kann den Bau von Jugendwohnheimen durch Darlehen oder Zuschüsse fördern, wenn dies nach Lage und Entwicklung des Ausbildungsstellenmarktes zweckmäßig und zur Förderung der Berufsausbildung erforderlich ist.



## Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen

93 Die Rehabilitation behinderter Menschen ist aus traditionellen Gründen den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung (Renten-, Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung usw.) zugeordnet. Allerdings trifft das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Regelungen über Art und Umfang der Leistungen grundsätzlich einheitlich für alle Leistungsträger. Die Regelungen über die Voraussetzungen für die Leistungen sind weiterhin in den für die einzelnen Leistungsträger geltenden Regelwerken enthalten. Zu den Einzelheiten siehe das Kapitel SGB IX.

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf einige Grundzüge im Bereich der Arbeitsförderung.

### Leistungen der Bundesagentur für Arbeit

94 Die Bundesagentur für Arbeit kann Leistungen zur Rehabilitation grundsätzlich nur gewähren, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Ist ein anderer Rehabilitationsträger zuständig, hat sie mit diesem zusammenzuarbeiten.

95 Die Agentur für Arbeit kann an Personen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen (§ 33 SGB IX). Die Förderung kann auch dazu dienen, eine Arbeits- und Berufsförderung vorzubereiten. Sie kann ferner darauf gerichtet sein, dass die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben gesichert bleibt und dadurch Arbeitslosigkeit vermieden wird.

Als Leistungen kommen wie bei den anderen Rehabilitationsträgern die Übernahme der

- im Zusammenhang mit den Maßnahmen entstehenden Kosten (Maßnahmekosten),
- unterhaltssichernden Leistungen und
- sonstigen ergänzenden Leistungen

in Betracht.

### Maßnahmekosten

96 Zu den Kosten, die im Zusammenhang mit der Maßnahme entstehen, gehören

- Lehrgangskosten einschließlich der Prüfungsgebühren,
- Kosten für erforderliche Lernmittel,

- Kosten für erforderliche Arbeitsausrüstung,
- Kraftfahrzeughilfe und finanzielle Hilfen bei der Wohnraumbeschaffung und
- Kosten für die Unterkunft und Verpflegung.

### Unterhaltssichernde Leistungen

Unterhaltssichernde Leistungen sind u. a.

- die Berufsausbildungsbeihilfe,
- das Ausbildungsgeld,
- das Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung und
- das Übergangsgeld.

### Ergänzende Leistungen

Zu den ergänzenden Leistungen gehören u. a. die Übernahme

- von Reisekosten,
- der Kosten für eine Haushaltshilfe und Kinderbetreuung und
- der Beiträge oder Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Sozialversicherung bzw. einer erforderlichen privaten Kranken- oder Pflegeversicherung.

Eine Besonderheit bei der Förderung durch die Agentur für Arbeit ist die Unterscheidung zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen.

### Allgemeine Leistungen

97 Allgemeine Leistungen zur Rehabilitation sind im Grundsatz alle Leistungen der Beratung und Vermittlung, zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten, der Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie der Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit, die auch den Nichtbehinderten zur Verfügung stehen. Sie werden zwar grundsätzlich in gleicher Art und in gleichem Umfang wie für die Nichtbehinderten erbracht, so weit hierdurch das Ziel der Eingliederung im Einzelfall erreicht wird. Im Hinblick auf die besonderen Belange der behinderten Menschen sind jedoch in vielen Fällen sowohl der Förderungsrahmen als auch die Zugangsvoraussetzungen und der Leistungsumfang (u. a. die Bedarfssätze) modifiziert.

So können bspw. Leistungen zur beruflichen Ausbildung auch erbracht werden, wenn diese abweichend von den Ausbildungsordnungen für staatlich

anerkannte Ausbildungsberufe oder in Sonderformen durchgeführt wird. Berufsausbildungsbeihilfe kann während einer betrieblichen Ausbildung auch gezahlt werden, wenn der behinderte Mensch bei den Eltern wohnt.

98 Behinderte Menschen ohne Berufsabschluss können auch dann durch Weiterbildungsmaßnahmen gefördert werden, wenn sie noch nicht drei Jahre Berufstätigkeit zurückgelegt haben. Ist für die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme ein schulischer Abschluss erforderlich, kann die hierfür notwendige Maßnahme gefördert werden. Ausbildungsmaßnahmen können verlängert oder wiederholt werden, wenn dies wegen Art oder Schwere der Behinderung und zur dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist.

### Besondere Leistungen

99 Die besonderen Leistungen werden erbracht, wenn die allgemeinen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht ausreichen. Dabei handelt es sich um Fälle, in denen wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung der Teilhabe die Maßnahmen in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt werden müssen oder auf die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtete Maßnahmen außerhalb von besonderen Einrichtungen erforderlich sind. Auf die besonderen Leistungen besteht ein Rechtsanspruch.

### Übergangsgeld (§§ 160 ff; §§ 46 ff SGB IX)

100 Das Übergangsgeld ist die zentrale Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts während der Teilnahme an besonderen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Übergangsgeld wird im Grundsatz an die behinderten Menschen geleistet, die wegen der Teilnahme an einer Maßnahme

- der beruflichen Weiterbildung,
- der Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung oder
- der beruflichen Ausbildung in einem Betrieb oder in einer außerbetrieblichen Einrichtung

keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben können. Es wird außerdem bei der Teilnahme an Maßnahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung gezahlt, wenn hierbei kein oder nur ein geringes Arbeitsentgelt erzielt wird.

101 Die Leistung setzt voraus, dass der behinderte Mensch innerhalb der letzten drei Jahre vor Beginn der Maßnahme (so genannte Rahmenfrist) mindestens zwölf Monate lang eine versicherungspflichtige Beschäftigung (Vorbeschäftigungszeit) ausgeübt oder Arbeitslosengeld oder im Anschluss daran Arbeitslosenhilfe bezogen oder beantragt hat; bei einer vorhergehenden Beschäftigung im Ausland kann sich die Rahmenfrist auf bis zu 5 Jahre verlängern. Für Berufsrückkehrerinnen und Berufsrückkehrer reicht es aus, wenn die oben genannte versicherungspflichtige Beschäftigung irgendwann in der Vergangenheit bestanden hat.

In bestimmten Fällen kann auf die Erfüllung der Vorbeschäftigungszeit verzichtet werden.

### Höhe des Übergangsgeldes

102 Das Übergangsgeld berechnet sich auf der Grundlage eines Regelentgelts. Das Regelentgelt entspricht im Grundsatz dem Arbeitsentgelt, das der Behinderte im letzten vor Beginn der Maßnahme abgerechneten Entgeltzeitraum, mindestens während der letzten abgerechneten vier Wochen erzielt hat, gemindert um das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt (z. B. Weihnachtsgeld). Für die Berechnung ist ein Betrag in Höhe von 80% des Regelentgelts maßgeblich (Berechnungsgrundlage). Das Übergangsgeld beträgt

- bei einem behinderten Menschen mit mindestens einem Kind im Sinne des Steuerrechts oder einem behinderten Menschen, dessen Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem er in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann, weil er den behinderten Menschen pflegt oder selbst der Pflege bedarf, 75%, bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an die Maßnahme 67%,
- bei den übrigen behinderten Menschen 68%, bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an die Maßnahme 60% der Berechnungsgrundlage.

Übergangsgeld bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an die Maßnahme wird für höchstens drei Monate geleistet

103 Hat der behinderte Mensch zuletzt kein Arbeitsentgelt erzielt oder liegt dies länger als drei Jahre zurück, richtet sich das Übergangsgeld nach einem Betrag in Höhe von 65% des Entgelts, das der behinderte Mensch ohne die Behinderung nach seinen beruflichen Fähigkeiten und seinem Lebensalter er-

zielen könnte (fiktive Berechnung). Dies gilt ebenso, wenn sich aufgrund der regulären Berechnung (80% vom Regelentgelt) ein niedrigeres Entgelt ergibt als auf der Basis der fiktiven Berechnung.

Bei vorausgegangenem Bezug von bestimmten anderen Sozialleistungen (z. B. Krankengeld) wird das Übergangsgeld auf der gleichen Grundlage berechnet wie die vorausgegangene Leistung.

Auf das Übergangsgeld werden Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und bestimmte öffentlich-rechtliche Geldleistungen angerechnet.

### **Ausbildungsgeld (§ 104)**

*104* Kann Übergangsgeld nicht geleistet werden, kann bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Ausbildung ein Ausbildungsgeld erbracht werden. Art und Höhe der Leistungen orientieren sich grundsätzlich an den Regeln, die im Bereich der Berufsausbildungsbeihilfe gelten.

### **Leistungen an Arbeitgeber**

*105* Arbeitgebern kann die Agentur für Arbeit neben den Eingliederungszuschüssen Ausbildungszuschüsse für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung Behinderter gewähren, wenn diese Aus- oder Weiterbildung sonst nicht zu erreichen ist. Zur Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben kann es darüber hinaus weitere Hilfen erbringen, z. B. zur behindertengerechten Ausgestaltung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen.

## **Leistungen zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen**

### **Überblick über die Leistungen**

*106* Zu den Leistungen zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen zählen die Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung, die Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung, das Kurzarbeitergeld und die Leistungen zur Förderung der ganzjährigen Beschäftigung in der Bauwirtschaft. Ihr Ziel ist es, die Schaffung neuer Dauerarbeitsverhältnisse zu ermöglichen und bestehende Arbeitsplätze durch gezielte Hilfen zu erhalten.

### **Förderung von Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung (§§ 260 ff)**

*107* Ziel der Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen - ABM) ist es, die

Schaffung von Dauerarbeitsplätzen auf dem regulären Arbeitsmarkt zu fördern und Arbeitsgelegenheiten für arbeitslose Arbeitnehmer zu schaffen. Sie sollen dazu beitragen, Arbeitslosigkeit abzubauen, eine dauerhafte und qualifikationsgerechte Wiedereingliederung arbeitsloser Arbeitnehmer zu erreichen und darüber hinaus Impulse zur Verbesserung der sozialen Infrastruktur und zu sonstigen Strukturverbesserungen – insbesondere in den neuen Bundesländern – zu geben, um auch hierdurch zusätzliche Dauerarbeitsplätze zu schaffen. Die Förderung erfolgt durch Zuschüsse an die Träger der Maßnahmen.

### **Förderungsfähige Arbeiten**

*108* Gefördert werden Arbeiten, die der Allgemeinheit dienen und sonst nicht in diesem Umfang oder erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt würden (Zusätzlichkeit).

Es ist unschädlich, wenn die Arbeiten – in begrenztem Umfang – den in den Maßnahmen beschäftigten Arbeitnehmern zugute kommen (die Arbeitnehmer können z. B. Mieter der von ihnen errichteten Wohnungen werden).

*109* Vorrangig sollen Arbeiten gefördert werden, bei denen im Anschluss an die Maßnahme mit einer Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt gerechnet werden kann.

*110* Arbeiten, die auf Grund einer rechtlichen Verpflichtung durchzuführen sind oder üblicherweise von juristischen Personen des öffentlichen Rechts durchgeführt werden, werden nur gefördert, wenn sie ohne die Förderung voraussichtlich nicht vor Ablauf von 2 Jahren durchgeführt würden.

*111* Bei der Durchführung von Maßnahmen können begleitende Qualifizierungs- oder Praktikumsanteile gefördert werden.

### **Träger der Maßnahmen**

*112* Als Träger der Maßnahme kommen sowohl juristische Personen des öffentlichen Rechts als auch privatrechtliche Unternehmen oder Einrichtungen in Betracht, letztere allerdings nur, wenn sie gemeinnützige Zwecke verfolgen oder zu erwarten ist, dass die Förderung den Arbeitsmarkt in wirtschafts- oder sozialpolitisch erwünschter Weise belebt.

### **Zugewiesene Arbeitnehmer**

*113* Die Förderung wird für die Beschäftigung von Arbeitnehmern gewährt, die dem Träger von der

Agentur für Arbeit zugewiesen werden. Zugewiesen werden dürfen grundsätzlich nur Arbeitnehmer, die

- arbeitslos sind und allein durch die Förderung in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme eine Beschäftigung aufnehmen können und
- die Voraussetzungen für den Bezug von Entgeltersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit oder bei beruflicher Weiterbildung (Arbeitslosengeld) oder Eingliederungsmaßnahmen für behinderte Menschen (Übergangsgeld) erfüllen.

Die Agentur für Arbeit kann auch Arbeitslose zuweisen, die nicht Leistungsbezieher sind, jedoch darf ihr Anteil 10% aller in dem betreffenden Jahr in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen zugewiesene Teilnehmer nicht übersteigen.

Die „10-Prozent-Grenze“ gilt nicht für die Zuweisung von Arbeitnehmern,

- deren Zuweisung wegen der Wahrnehmung von Anleitung- und Betreuungsaufgaben für die Durchführung der Maßnahme notwendig ist,
- die unter 25 Jahre sind, keine abgeschlossenen Berufsausbildung haben und bei denen die Maßnahme mit einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme verbunden ist,
- die als behinderte Arbeitnehmer wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nur durch die Zuweisung eine dauerhafte Eingliederungschance haben oder
- die als Berufsrückkehrer bereits für die Dauer von zwölf Monaten in einem Versicherungsverhältnis gestanden haben

Die Zuweisung von Arbeitnehmern in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Arbeitnehmer, die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist ausgeschlossen, wenn die letzte Beschäftigung in einer Arbeitsbeschaffungs- oder Struktur Anpassungsmaßnahme weniger als drei Jahre zurückliegt.

*114* Für das Verhältnis zwischen dem Träger der Maßnahme und dem zugewiesenen Arbeitnehmer gelten die Vorschriften des Arbeitsrechts. Das Arbeitsverhältnis kann jedoch vom Arbeitgeber fristlos gekündigt werden, wenn die Agentur für Arbeit den Arbeitnehmer abberuft, weil sie ihm einen Dauerarbeitsplatz oder eine berufliche Ausbildungsstelle vermitteln oder ihm die Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung ermöglichen

kann. Ferner kann auch der Arbeitnehmer fristlos kündigen, wenn er eine andere Arbeit oder berufliche Ausbildungsstelle findet oder an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilnehmen kann. In Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen beschäftigte Arbeitnehmer werden nicht mehr in die Arbeitslosenversicherung einbezogen. Damit entsteht nach Beendigung der Beschäftigung auch kein Anspruch auf Arbeitslosengeld mehr.

*115* Die Agentur für Arbeit soll den zugewiesenen Arbeitnehmer aus der Arbeitsbeschaffungsmaßnahme abberufen, wenn sie ihm einen regulären Arbeitsplatz oder eine Ausbildungsstelle vermitteln oder die Teilnahme an einer notwendigen Maßnahme der beruflichen Weiterbildung ermöglichen kann. Nimmt der zugewiesene Arbeitslose den Arbeitsplatz nicht an oder tritt er die Ausbildungsstelle oder die Bildungsmaßnahme nicht an, muss er – wie der Empfänger von Entgeltersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit – mit dem Eintritt einer bis zu zwölfwöchigen Sperrzeit für den nachfolgenden Anspruch auf Arbeitslosengeld rechnen.

Der Träger oder das durchführende Unternehmen haben nach Beendigung der Beschäftigung eine Teilnehmerbeurteilung auszustellen, die der Agentur für Arbeit und - auf Wunsch - auch dem Teilnehmer auszuhändigen ist.

### **Umfang der Förderung**

*116* Die Förderung erfolgt grundsätzlich pauschaliert. Es werden ausgerichtet an vier Qualifikationsstufen feste Sätze in Höhe von 900, 1.100, 1.200 oder 1.300 Euro gezahlt. Der Zuschuss darf allerdings die Höhe des tatsächlich vom Träger gezahlten Arbeitsentgelts nicht übersteigen. Ist die Arbeitszeit eines zugewiesenen Arbeitnehmers gegenüber der Arbeitszeit eines vergleichbaren, mit voller Arbeitszeit beschäftigten Arbeitnehmers herabgesetzt, sind die Zuschüsse entsprechend zu kürzen. Die Agentur für Arbeit kann den pauschalierten Zuschuss zum Ausgleich regionaler und in der Tätigkeit liegender Besonderheiten um bis zu 10% erhöhen.

Bei der Beschäftigung von Teilnehmern, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, muss dafür Sorge getragen werden, dass das in der Maßnahme gezahlte Entgelt sich ungefähr an der Höhe von Ausbildungsvergütungen orientiert. Ansonsten könnte für Jugendliche die Aufnahme einer Ausbildung uninteressant werden.

117 Zusätzlich zu der Pauschale kann die Agentur für Arbeit Sachkosten, pauschalierte Beiträge oder Beitragsanteile des Arbeitgebers und Qualifizierungskosten in Höhe von bis zu 300 Euro pro Arbeitnehmer und Fördermonat übernehmen (so genannte verstärkte Förderung). Voraussetzung ist, dass die Finanzierung der Maßnahme auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann und an der Durchführung der Maßnahme ein besonderes arbeitsmarktpolitisches Interesse besteht.

**Dauer der Förderung**

118 Die Regelförderungsdauer beträgt zwölf Monate. Eine Verlängerung auf 24 Monate ist u. a. dann möglich, wenn der Träger die Verpflichtung übernimmt, dass die zugewiesenen Arbeitnehmer in ein Dauerarbeitsverhältnis übernommen werden. Sind zu Beginn der Maßnahme überwiegend ältere Arbeitnehmer, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, zugewiesen worden, kann sie bis zu 36 Monate gefördert werden. Eine Maßnahme kann ohne zeitliche Unterbrechung wiederholt gefördert werden, wenn durch sie während einer längeren Dauer Arbeitsplätze für wechselnde, besonders förderungsbedürftige Arbeitnehmer geschaffen werden.

119 Die Dauer der Zuweisung des förderungsbedürftigen Arbeitnehmers ist grundsätzlich auf bis zu zwölf Monate begrenzt. Die Zuweisungsdauer ist zu unterscheiden von der Dauer der Förderung. Die Förderungsdauer bezieht sich auf die Maßnahme, die Zuweisungsdauer auf den einzelnen Arbeitnehmer. Beide können auseinander fallen, z. B. dann, wenn in einer länger geförderten Maßnahme die Arbeitnehmer wechseln (Beispiel: an einer Maßnahme mit einer Gesamtförderdauer von 36 Monaten nehmen nacheinander - Arbeitnehmer für einen Zeitraum von jeweils bis zu zwölf Monaten teil). Die Zuweisungsdauer kann unter den Voraussetzungen, die auch für die Verlängerung der Förderdauer der Maßnahme gelten, auf 24 bzw. 36 Monate verlängert werden.

**Rückzahlung**

120 Wird die Verpflichtung zur Übernahme nicht erfüllt oder das Arbeitsverhältnis innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Förderzeitraums beendet, sind die auf den Verlängerungszeitraum entfallenden Zuschüsse zurückzuzahlen. Ausnahmen gelten, wenn dem Arbeitgeber die Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht zuzurechnen ist oder die Erfüllung der Übernahmeverpflichtung nicht zumutbar war.

**Übersicht über die Ausgaben für beschäftigungsschaffende Maßnahmen**

Jahr	– Ausgaben in TEuro (bis 2001 in TDM) –				
	Allgemeine ABM		Produktive Arbeitsförderung (ab 1.1.1998: Strukturanpassungsmaßnahmen- SAM)		Zusammen
	Mittel der Bundesagentur	Mittel des Bundes	Mittel der Bundesagentur	Mittel des Bundes	
1997	7 255 300	–	1 517 800	578 800	
1998	7 427 800	282 000	2 916 200	1 696 300	12 322 300
1999	7 805 700	361 000	3 249 300	1 796 900	13 212 900
2000	7 197 900	–	1 852 200	814 800	9 864 900
2001	5 820 500	–	1 704 400	–	7 524 900
2002	2 333 000	–	809 900	–	3 142 900
2003	1 675 600	–	598 000	–	2 273 600
2004	1 212 300	–	398 800	–	1 611 100

**Übersicht über die Arbeitnehmer in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Maßnahmen der produktiven Arbeitsförderung**

Jahr	– Beschäftigte Arbeitnehmer –			
	Allgemeine ABM		Produktive Arbeitsförderung/bzw. SAM	
	West	Ost	West	Ost
1997	59 372	154 464	8 404	80 082
1998	59 009	151 367	11 746	162 430
1999	66 302	167 771	15 381	180 292
2000	58 054	145 547	11 692	98 064
2001	50 619	116 024	10 699	65 767
2002	32 724	91 985	9 544	57 877
2003	23 691	72 719	7 802	39 004
2004	20 552	65 259	3 799	27 727

**Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung (§ 279a)**

121 Die Förderung von Beschäftigung schaffenden Infrastrukturmaßnahmen ermöglicht es den Agenturen für Arbeit, sich an den Kosten bestimmter öffentlicher Arbeiten, die z. B. die Kommunen an Wirtschaftsunternehmen vergeben, zu beteiligen. Die Arbeiten müssen auf die Verbesserung der Infrastruktur oder die Erhaltung und Verbesserung der Umwelt ausgerichtet sein.

122 Voraussetzung für die Förderung ist u. a. die Beschäftigung einer bestimmten Zahl von Arbeitslosen, die die Voraussetzungen für den Bezug von Entgeltersatzleistungen erfüllen. Der Anteil der zugewiesenen Arbeitnehmer darf 35% der voraussichtlich insgesamt bei dem Vorhaben beschäftigten Arbeitnehmer nicht übersteigen. Die Förderung ist auf 25% der Gesamtkosten beschränkt.

Die von der Agentur für Arbeit gezahlten Hilfen müssen zusätzlich zu eigenen Mitteln des Trägers eingesetzt werden; eine Ersetzung der Eigenmittel durch die Mittel der Agentur für Arbeit ist ausgeschlossen.

## Kurzarbeitergeld (§§ 169 ff)

### Zielsetzung

123 Das Kurzarbeitergeld vergütet beschäftigten Arbeitnehmern einen Teil der Entgelteinbuße, die sie durch einen vorübergehenden Arbeitsausfall innerhalb ihres Beschäftigungsbetriebes erleiden. Es dient damit gleichermaßen sozialpolitischen, arbeitsmarktpolitischen, betriebs- und wirtschaftspolitischen Zwecken:

- Der Lebensstandard des von Arbeitsausfall und damit Entgeltausfall betroffenen Arbeitnehmers wird in etwa erhalten (sozialpolitischer Zweck).
- Der Betrieb behält seine eingearbeitete Belegschaft und kann bei verbesserter Auftragslage schnellstmöglich zur früheren Produktionsauslastung zurückkehren (betriebswirtschaftlicher Zweck).
- Beschäftigungsverhältnisse werden stabilisiert, der Fortbestand von Auftragsmangel betroffener Betriebe gesichert, zugleich bleibt die Kaufkraft des Kurzarbeiters weitgehend erhalten (volkswirtschaftlicher Zweck).

### Anspruch auf Kurzarbeitergeld

124 Der Anspruch auf Kurzarbeitergeld steht dem einzelnen Arbeitnehmer zu. Er verlangt die Erfüllung sowohl auf den Betrieb bezogener als auch vom betroffenen Arbeitnehmer zu erfüllender Voraussetzungen:

### Erheblicher Arbeitsausfall

125 Erheblich ist ein Arbeitsausfall, der auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht, vorübergehend und nicht vermeidbar ist.

126 Kurzarbeitergeld wird nur gewährt, wenn in einem Betrieb ein Arbeitsausfall eintritt, der auf wirtschaftlichen Ursachen einschließlich betrieblicher Strukturveränderungen oder auf einem unabwendbaren Ereignis beruht. Hierfür kommen in erster Linie konjunkturelle Ursachen, wie Auftragsmangel, sowie Naturkatastrophen, aber auch behördliche Maßnahmen, die vom Arbeitgeber nicht zu vertreten sind, in Betracht.

127 Der Arbeitsausfall muss vorübergehend sein (die Konsolidierung dauernd produktionsgeminderter Betriebe ist im Grundsatz nicht Aufgabe der Arbeitsför-

derung), aber auch einen gewissen Mindestumfang erreichen. Innerhalb eines Kalendermonates muss mindestens ein Drittel der im Betrieb tatsächlich beschäftigten Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von jeweils mehr als 10% ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen sein. Weitere Kurzarbeitsperioden können sich anschließen. Arbeitsausfälle geringeren Umfangs werden nicht vergütet, weil in diesen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass sie mit innerbetrieblichen Maßnahmen aufgefangen werden können. Dagegen besteht keine Obergrenze des Arbeitsausfalls, auch der vorübergehende vollständige Arbeitsausfall in einem Betrieb kann daher zur Kurzarbeitergeldzahlung führen.

128 Unvermeidbar ist der Arbeitsausfall, wenn er auch unter Einsatz aller wirtschaftlich vertretbaren und technisch realisierbaren Möglichkeiten nicht zu verhindern ist. Hierzu zählt etwa die Möglichkeit einer vertretbaren Vorratshaltung für Rohstoffe, der Arbeit auf Lager, aber auch personalwirtschaftlicher Entscheidungen von Urlaubsgewährungen bis zur Freisetzung von Arbeitnehmern. Als vermeidbar gilt insbesondere ein Arbeitsausfall, der bei der Nutzung von im Betrieb zulässigen Arbeitsschwankungen ganz oder teilweise vermieden werden kann. Allerdings kann vom Arbeitnehmer die Auflösung eines Arbeitszeitguthabens nicht verlangt werden, so weit es ausschließlich für eine vorzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers vor einer altersbedingten Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestimmt ist (z. B. gesetzliche Altersteilzeit), zur Finanzierung einer Winterausfallgeld-Vorausleistung angespart worden ist, länger als ein Jahr unverändert bestanden hat oder den Umfang von 10% der ohne Mehrarbeit geschuldeten Jahresarbeitszeit eines Arbeitnehmers übersteigt. Arbeitszeitkonten, die zum Zwecke der außer- und innerbetrieblichen Qualifikation auf Grund eines Tarifvertrages oder einer auf einem Tarifvertrag beruhenden Betriebsvereinbarung aufgebaut sind, sind auch geschützt.

Dagegen können Arbeitsausfälle, die ausschließlich auf betriebsorganisatorischen Gründen beruhen, überwiegend branchen- oder betriebsüblich sind oder saisonbedingt auftreten, den Anspruch auf Kurzarbeitergeld nicht begründen. In Betrieben, die keine regelmäßige Arbeitszeit haben oder denen ein unregelmäßiger Arbeitsanfall eigentümlich ist, wie Theater-, Kino- und Konzertunternehmen, wird daher Kurzarbeitergeld nicht gezahlt.



**Betriebliche Voraussetzungen**

129 Das Kurzarbeitergeld wird Arbeitnehmern bei vorübergehendem Entgeltausfall in Betrieben gezahlt, die regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer beschäftigen. Die Voraussetzung gilt auch gleichbedeutend für eine Betriebsabteilung.

**Persönliche Voraussetzungen**

130 Kurzarbeitergeld können nur Personen erhalten, die versicherungspflichtig beschäftigt sind. Ein Arbeitnehmer hat Anspruch auf Kurzarbeitergeld, wenn er nach Beginn des Arbeitsausfalls in einem Betrieb, in dem Kurzarbeitergeld gezahlt wird, eine versicherungspflichtige Beschäftigung ungekündigt fortsetzt oder aus zwingenden Gründen oder im Anschluss an die Beendigung eines Berufsausbildungsverhältnisses aufnimmt und infolge des Arbeitsausfalls nur ein vermindertes oder aber keinerlei Arbeitsentgelt bezieht.

131 Arbeitnehmer, die in einem Betrieb des Schauspielergewerbes oder einem Theater-, Lichtspiel- oder Konzertunternehmen beschäftigt sind, erhalten kein Kurzarbeitergeld.

Dies gilt auch für Teilnehmer an einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme, die Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld nach dem SGB III oder einem anderen Gesetz beziehen.

Dagegen wird das Kurzarbeitergeld weiter gezahlt, wenn der Arbeitnehmer während des Bezuges von Kurzarbeitergeld arbeitsunfähig wird, solange Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle besteht oder ohne den Arbeitsausfall bestehen würde.

Ausgeschlossen von der Zahlung des Kurzarbeitergeldes sind Arbeitnehmer, wenn und solange sie bei einer Vermittlung nicht in der von der Agentur für Arbeit verlangten und gebotenen Weise mitwirken. Hat der Arbeitnehmer eine von der Agentur für Arbeit angebotene zumutbare Beschäftigung nicht angenommen oder angetreten, tritt unter den gleichen Voraussetzungen und im gleichen Umfang wie bei den Beziehern von Arbeitslosengeld eine Sperrzeit ein.

**Anzeigeverfahren**

132 Kurzarbeitergeld wird nur gezahlt, wenn der Arbeitsausfall der Agentur für Arbeit schriftlich angezeigt worden ist. Anzeigeberechtigt ist der Arbeitgeber, aber auch die Betriebsvertretung.

Dem einzelnen Arbeitnehmer steht ein Anzeigerecht hingegen nicht zu.

**Umfang der Leistungsgewährung**

133 Kurzarbeitergeld wird frühestens von dem Kalendermonat an geleistet, in dem die Anzeige bei der Agentur für Arbeit eingegangen ist. Bei unabwendbaren Ereignissen gilt eine unverzüglich erstattete Anzeige als für den Kalendermonat, in dem der Arbeitsausfall eingetreten ist, als erstattet.

134 Kurzarbeitergeld wird grundsätzlich nur für die Dauer von sechs Monaten geleistet. Diese Frist beginnt mit dem ersten Monat, für den in einem Betrieb Kurzarbeitergeld gezahlt wird. Wird für eine zusammenhängende Zeit von mindestens einem Monat kein Kurzarbeitergeld gezahlt, verlängert sich die Bezugsfrist entsprechend.

Nach Ablauf der Bezugsfrist kann Kurzarbeitergeld erneut erst dann gezahlt werden, wenn seit dem letzten Tag, für den Kurzarbeitergeld gezahlt worden ist, drei Monate verstrichen sind und die Voraussetzungen im Übrigen erneut vorliegen.

135 Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann bei außergewöhnlichen Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt durch Rechtsverordnung bestimmen, dass die Bezugsfrist, wenn nur bestimmte Wirtschaftszweige oder Bezirke von den außergewöhnlichen Verhältnissen betroffen sind, für diese bis auf 12 Monate, wenn die außergewöhnlichen Verhältnisse auf dem gesamten Arbeitsmarkt vorliegen, bis auf 24 Monate verlängert wird.

**Kurzarbeitergeld Zahl der Empfänger und Ausgaben (Istergebnisse)**

Jahr	Kurzarbeiter Jahres-durchschnitt	durchschnittlicher Monatskopfsatz (einschl. KV + RV)	Aufwand Millionen DM/EUR
1997	182 853	479,40 DM	1045,0 DM
1998	115 205	468,03 DM	656,3 DM
1999	118 647	431,87 DM	768,0 DM
2000	86 021	634,20 DM	660,0 DM
2001	130 438	550,47 DM	812,1 DM
2002	206 767	243,24 EUR	603,50 EUR
2003	195 371	293,08 EUR	687,12 EUR
2004	150 593	351,70 EUR	637,45 EUR

**Bemessung und Höhe des Kurzarbeitergeldes**

136 Das Kurzarbeitergeld bemisst sich nach dem Entgeltausfall, den der Arbeitnehmer in einem Kalendermonat erleidet. Maßgeblich ist hierbei die so genannte Nettoentgeltdifferenz. Diese wird aus dem Nettobetrag, der sich aus dem ungeminderten



Bruttoentgelt errechnet, das der Arbeitnehmer ohne Kurzarbeit in dem Monat erzielt hätte (so genanntes Sollentgelt) und dem Nettobetrag, der sich aus dem geminderten tatsächlich erzielten Bruttoentgelt ergibt (so genanntes Istentgelt), berechnet. Zur Vermeidung von Benachteiligungen bleiben Einmalzahlungen bei der Ermittlung des maßgeblichen Betrages außer Betracht. Das Bruttoentgelt vermindert sich hierbei jeweils um die gesetzlichen Abzüge, die bei Arbeitnehmern gewöhnlich – also nicht einzelfallbezogen – anfallen. Die Vorschriften beim Arbeitslosengeld über die Berechnung des Leistungsentgelts gelten im Wesentlichen für die Berechnung der pauschalierten Nettoarbeitsentgelte beim Kurzarbeitergeld entsprechend.

#### 137 Das Kurzarbeitergeld beträgt

- für Arbeitnehmer mit mindestens einem Kind im Sinne des Steuerrechts sowie Arbeitnehmer, deren Ehegatte mindestens ein Kind im Sinne des Steuerrechts hat, wenn beide Ehegatten unbeschränkt steuerpflichtig sind und nicht dauernd getrennt leben, 67% und
- für die übrigen Arbeitnehmer 60% der so genannte Nettoentgeltdifferenz.

138 Die konkrete Berechnung des Kurzarbeitergeldes wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in einer Verordnung über die pauschalierten Nettoarbeitsentgelte bestimmt.

139 Nebeneinkommen, das ein Arbeitnehmer während des Bezuges von Kurzarbeitergeld aus einer anderen Tätigkeit erzielt, wird auf den Anspruch angerechnet. Dies gilt nicht, so weit Einkommen in entsprechender Höhe vor dem erheblichen Arbeitsausfall erzielt wurde und in entsprechender Höhe auch während der Kurzarbeit weiter erzielt wird.

### Transferleistungen

140 Die bisherigen Instrumente zur Flankierung betrieblicher Restrukturierungsprozesse, die Zuschüsse zu den Sozialplanmaßnahmen und das strukturelle Kurzarbeitergeld werden zu wirksamen Transferleistungen fortentwickelt; im Einzelnen

#### Transferkurzarbeitergeld (§ 216b)

141 Zur Vermeidung von Entlassungen und zur Verbesserung ihrer Vermittlungsaussichten haben Arbeitnehmer Anspruch auf Kurzarbeitergeld zur Förderung der Eingliederung bei betrieblichen Re-

strukturierungen (Transferkurzarbeitergeld), wenn und solange sie von einem der Agentur für Arbeit angezeigten dauerhaften unvermeidbaren Arbeitsausfall mit Entgeltausfall betroffen sind und die betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die betrieblichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn in einem Betrieb Personalanpassungsmaßnahmen auf Grund einer Betriebsänderung durchgeführt und die vom Arbeitsausfall betroffenen Arbeitnehmer zur Vermeidung von Entlassungen und zur Verbesserung ihrer Eingliederungschancen in einer betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit zusammengefasst werden. Die persönlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn der Arbeitnehmer von Arbeitslosigkeit bedroht ist, nach Beginn des Arbeitsausfalls eine versicherungspflichtige Beschäftigung fortsetzt oder im Anschluss an die Beendigung eines Berufsausbildungsverhältnisses aufnimmt, nicht vom Kurzarbeitergeld ausgeschlossen ist und vor der Überleitung in die betriebsorganisatorisch eigenständige Einheit aus Anlass der Betriebsänderung an einer arbeitsmarktlich zweckmäßigen Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten (Profiling-Modul) teilgenommen hat. Während des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld hat der Arbeitgeber den geförderten Arbeitnehmer Vermittlungsvorschläge zu unterbreiten. Hat das Profiling-Modul ergeben, dass Arbeitnehmer Qualifizierungsdefizite aufweisen, soll der Arbeitgeber geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten anbieten.

Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn die Arbeitnehmer nur vorübergehend in der betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit zusammengefasst werden, um anschließend einen anderen Arbeitsplatz in dem gleichen oder einem anderen Betrieb des Unternehmens zu besetzen; gleiches gilt auf Konzernebene. Die Bezugsfrist für das Transferkurzarbeitergeld beträgt längstens zwölf Monate. Da das Transferkurzarbeitergeld als Sonderform des (konjunkturellen) Kurzarbeitergeldes konzipiert ist, gelten im Übrigen die sonstigen gesetzlichen Vorschriften zum Kurzarbeitergeld entsprechend.

#### Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen (§ 216a)

142 Steht eine Betriebsänderung an, die für einen erheblichen Teil der Belegschaft zu wesentlichen Nachteilen führen kann, soll der Arbeitgeber versuchen, mit dem Betriebsrat einen Interessenausgleich zu vereinbaren. Wenn die Betriebsänderung einen

Personalabbau zur Folge hat, erhalten die Betroffenen zumeist Abfindungen. Diese Arbeitnehmer, die in der Regel gleichzeitig auch Arbeitslosengeld beziehen, sind dann häufig nur schwer wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern.

Um darauf hinzuwirken, dass die Betriebspartner in Sozialplänen anstelle von Abfindungen Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt vereinbaren, werden solche beschäftigungswirksamen Maßnahmen (Transfermaßnahmen) gefördert. Dabei bleibt für betriebliche und örtliche Bedürfnisse ein breiter Handlungsspielraum, denn das Gesetz legt die förderungsfähigen Gestaltungen nicht im Einzelnen fest. Transfermaßnahmen sind alle Maßnahmen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt, an denen sich der Arbeitgeber angemessen finanziell beteiligt. Die Teilnahme von Arbeitnehmern an einer Transfermaßnahme wird gefördert, wenn

- die Maßnahme von einem Dritten durchgeführt wird,
- die Maßnahme der Eingliederung in den Arbeitsmarkt dienen soll,
- ihre Durchführung gesichert ist und
- ein System der Qualitätssicherung angewendet wird.

Die Förderung, auf die bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch des teilnehmenden Arbeitnehmers besteht, beläuft sich auf 50% der aufzuwendenden Maßnahmekosten. Sie kann bis zu 2.500 Euro je geförderten Arbeitnehmer betragen.

*143* Durch die Förderung darf der Arbeitgeber nicht von bestehenden Verpflichtungen entlastet werden. Ein Förderanspruch besteht nicht, wenn die Maßnahme dazu dient, den Arbeitnehmer auf eine Anschlussbeschäftigung im selben Betrieb, bzw. bei Konzernunternehmen, in einem Betrieb eines anderen Unternehmens des Konzerns vorzubereiten. Während der Förderung sind andere Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, die die gleiche Zielsetzung haben, ausgeschlossen. Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst können keine Förderung erhalten. Zu den Fördermöglichkeiten beraten die Agenturen für Arbeit die Betriebspartner bereits im Vorfeld der Entscheidung über die Einführung von Transfermaßnahmen, insbesondere auch im Rahmen von Sozialplanverhandlungen.

### **Leistungen zur Förderung der ganzjährigen Beschäftigung in der Bauwirtschaft (§§ 209 ff)**

*144* Zur Förderung der ganzjährigen Beschäftigung im Baugewerbe sieht das SGB III ein Wintergeld und ein Winterausfallgeld vor. Die Leistungen sollen dazu beitragen, dass Bauarbeiten auch bei witterungsbedingten Erschwernissen durchgeführt und die Beschäftigungsverhältnisse der Arbeitnehmer des Baugewerbes bei witterungsbedingten Unterbrechungen der Bauarbeiten aufrechterhalten werden.

#### **Wintergeld**

*145* Wintergeld erhalten auf witterungsabhängigen Arbeitsplätzen in Betrieben des Baugewerbes beschäftigte Arbeiter, deren Arbeitsverhältnis in der Schlechtwetterzeit (1. Januar bis 31. März und 1. November bis 31. Dezember) nicht gekündigt werden kann.

*146* Betriebe des Baugewerbes sind solche Betriebe oder Betriebsabteilungen, die gewerblich überwiegend Bauleistungen, also Bauarbeiten, die der Herstellung, Instandsetzung, Instandhaltung, Änderung oder Beseitigung von Bauwerken dienen, auf dem Baumarkt anbieten.

*147* Das Wintergeld wird zur pauschalen Abgeltung der Mehraufwendungen gezahlt, die für die Arbeitnehmer der Bauwirtschaft mit der Arbeit in der witterungsbedingt ungünstigen Jahreszeit verbunden sind. Gezahlt wird in der Förderungszeit (es handelt sich um die Monate Januar und Februar sowie den Zeitraum vom 15. bis 31. Dezember) in Höhe von 1,03 Euro für jede Arbeitsstunde, die zur regelmäßigen betriebsüblichen Arbeitszeit zählt (Mehraufwands-Wintergeld).

*148* Wintergeld wird auch als Zuschuss zu einer Winterausfallgeld-Vorausleistung gewährt (Zuschuss-Wintergeld). Diesen Zuschuss erhalten Arbeiter des Baugewerbes neben der Winterausfallgeld-Vorausleistung für die in der Schlechtwetterzeit aus Witterungsgründen ausgefallenen Arbeitsstunden. Der Zuschuss beträgt 1,03 Euro je Ausfallstunde.

#### **Winterausfallgeld**

*149* Das Winterausfallgeld ist eine dem Kurzarbeitergeld von der Zwecksetzung her ähnliche, spezielle Leistung für das Baugewerbe. Es dient der Aufrechterhaltung der Beschäftigungsverhältnisse der Bauarbeiter bei unvermeidbaren witterungsbedingten Unterbrechungen der Bautätigkeit.

150 Die Leistungen können – wie beim Wintergeld – an Arbeitnehmer auf witterungsabhängigen Arbeitsplätzen in Betrieben des Baugewerbes erbracht werden, wenn das Arbeitsverhältnis in der Schlechtwetterzeit nicht gekündigt werden kann.

151 Der Anspruch auf Winterausfallgeld besteht nur im Anschluss an die Zahlung einer Winterausfallgeld-Vorausleistung.

152 Winterausfallgeld-Vorausleistungen sind tarifvertraglich, einzelarbeitsvertraglich oder in Betriebsvereinbarungen festgelegte Leistungen, die das Arbeitsentgelt bei witterungsbedingten Arbeitsausfällen in der Schlechtwetterzeit für mindestens 100 Stunden ersetzen und der Höhe nach in einem angemessenen Verhältnis zum Winterausfallgeld stehen. Abweichend davon sind Winterausfallgeld-Vorausleistungen auch solche Leistungen, die das Arbeitsentgelt für mindestens 30 Stunden in voller Höhe ersetzen, u. a. dann, wenn ein über Stunden hinausgehendes Arbeitszeitguthaben des Arbeitnehmers für die Schlechtwetterzeit nicht vorhanden ist.

153 Die Winterausfallgeld-Vorausleistung und das Winterausfallgeld werden bei einem witterungsbedingten Arbeitsausfall gezahlt. Ein witterungsbedingter Arbeitsausfall liegt nur vor, wenn der Arbeitsausfall ausschließlich durch zwingende Witterungsgründe verursacht ist und an einem Arbeitstag mindestens eine Stunde der regelmäßigen betriebsüblichen Arbeitszeit ausfällt.

154 Anspruch auf Winterausfallgeld haben Arbeitnehmer, die bei Beginn des Arbeitsausfalls in einer die Versicherungspflicht zur Arbeitsförderung begründenden Beschäftigung stehen und infolge des Arbeitsausfalls für die Ausfallstunde kein Arbeitsentgelt beziehen. Der Anspruch auf die Winterausfallgeld-Vorausleistung für die jeweilige Schlechtwetterzeit muss erschöpft sein. Bezieht der Arbeitnehmer Krankengeld, ist der Anspruch ausgeschlossen. Gleiches gilt, wenn durch die Zahlung von Winterausfallgeld in einen Arbeitskampf eingegriffen würde.

155 Für die Bemessung und Höhe des Winterausfallgeldes sowie die Einkommensanrechnung gelten im Wesentlichen die Regelungen über das Kurzarbeitergeld entsprechend. Es wird demnach in Höhe von 67% der so genannten Nettoentgeltdifferenz an Arbeitnehmer mit Kind, an die anderen Arbeitnehmer in Höhe von 60% gezahlt.

156 Wird anschließend an eine Winterausfallgeld-Vorausleistung ab der 31. Ausfallstunde Winterausfallgeld aus der Winterbau-Umlage gezahlt, können dem Arbeitgeber – bis einschließlich für die 100. Ausfallstunde – die von ihm voll zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung erstattet werden.

## **Verwendung der Mittel für die aktive Arbeitsförderung**

### **Eingliederungstitel**

157 Die Agenturen für Arbeit erhalten die Mittel für die weitaus meisten Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsförderung zur eigenständigen Bewirtschaftung zugewiesen (so genannter Eingliederungstitel). Im Eingliederungstitel sind die Mittel für folgende Fördermaßnahmen enthalten:

- Berufliche Weiterbildung,
- Jobrotation,
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen,
- Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung,
- Trainingsmaßnahmen,
- Leistungen zur Unterstützung von Beratung und Vermittlung,
- Mobilitätshilfen,
- Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen,
- Eingliederungszuschüsse, mit Ausnahme der Leistungen für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen,
- Einstellungszuschüsse bei Neugründungen,
- Leistungen zur Förderung benachteiligter Auszubildender,
- Allgemeine Leistungen zur beruflichen Eingliederung Behinderter sowie
- Jugendwohnheimbau.

Die arbeitsmarktpolitischen Schwerpunkte setzt die Agentur für Arbeit. Die Agenturen für Arbeit und ihre örtliche Selbstverwaltung, die Verwaltungszuschüsse, müssen sicherstellen, dass für jede der vorgenannten Leistungen Mittel zur Verfügung stehen. Sie entscheiden im Übrigen jedoch eigenverantwortlich über die Mittelverteilung.

**Freie Förderung (§ 10)**

158 Die Agenturen für Arbeit können die Möglichkeiten der gesetzlich geregelten Leistungen der aktiven Arbeitsförderung auch um neue, von ihnen selbst konzipierte Leistungen ergänzen. Damit sie den Bedürfnissen des örtlichen Arbeitsmarktes Rechnung tragen können, haben sie relativ freie Hand. Für die neuen Maßnahmen ist keine besondere Genehmigung vorgeschrieben. Sie müssen lediglich Zielen und Grundsätzen der gesetzlich geregelten Leistungen entsprechen und dürfen nicht gesetzliche Leistungen aufstocken. Für diesen Zweck, die so genannte freie Förderung dürfen die Agenturen für Arbeit bis zu 10% der im Eingliederungstitel vorgesehenen Mittel einsetzen.

**Eingliederungsbilanz**

159 Mit dem Eingliederungstitel erhalten die Agenturen für Arbeit große Flexibilität beim Verwaltungsvollzug. Außerdem wird deren Eigenverantwortung gestärkt. Dies verlangt, dass die Mittelverwendung nachvollzogen werden kann. Dazu muss jede Agentur für Arbeit jährlich eine Eingliederungsbilanz über ihre Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik und ihre Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit veröffentlichen. Die Eingliederungsbilanzen, die zwischen den einzelnen Agenturen für Arbeit vergleichbar sein müssen, sollen deutlich machen, wofür die Agenturen ihre Mittel verwenden, wie hoch der Aufwand bei den Förderleistungen ist, welche Personengruppen gefördert werden und welchen Erfolg die Förderung hat. Für die Aufstellung der Bilanz gibt das SGB III deshalb u. a. folgende Kriterien vor:

- Angaben über die Mittelverwendung,
- durchschnittliche Ausgaben pro gefördertem Arbeitnehmer,
- Beteiligung besonders förderungsbedürftiger Personengruppen an den einzelnen Leistungen,
- Beteiligung von Frauen unter Berücksichtigung des Frauenanteils an den Arbeitslosen sowie
- Wirksamkeit von Vermittlung und Förderung und Rahmenbedingungen des regionalen Arbeitsmarktes.

**Förderung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds**

160 Eine ergänzende Förderung kann aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) erfolgen. Die

ESF-Förderung ergänzt die bereits vorhandenen Fördermöglichkeiten des SGB III und wird von der Bundesagentur für Arbeit auf der Grundlage der Richtlinien für aus Mitteln des ESF mitfinanzierte zusätzliche arbeitsmarktpolitische Maßnahmen im Bereich des Bundes durchgeführt. Die ESF-Mittel können in den Jahren 2000 bis 2006 eingesetzt werden. Auf die Förderung besteht kein Rechtsanspruch. Sie kann nur im Rahmen vorhandener Haushaltsmittel erfolgen.

161 Für Existenzgründer kann, zusätzlich zur Zahlung von Überbrückungsgeld, die Teilnahme an Existenzgründungs-Seminaren und Coaching gefördert werden.

162 Gefördert werden können auch Arbeitnehmer, die an beruflichen Bildungsmaßnahmen teilnehmen. Sie können, sofern sie nach dem SGB III keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben, Unterhaltsgeld aus dem ESF erhalten. Diese Leistung können auch Arbeitnehmer bekommen, die an einer Trainingsmaßnahme teilnehmen und kein Arbeitslosengeld beziehen. Außerdem können solche Teile von Bildungsmaßnahmen, die nach dem SGB III nicht förderfähig sind, wie z. B. Auslandspraktika, Lernabschnitte zur Vermittlung von Fremdsprachenkenntnissen oder berufsbezogene allgemeinbildende Lerneinheiten durch ESF-Unterhaltsgeld, Fahrkosten und Übernahme der Lehrgangsgebühren unterstützt werden.

163 Ein weiteres Förderfeld ist die Übernahme der Kosten für sozialpädagogische Betreuung von Teilnehmern an Qualifizierungsmaßnahmen während und nach der Maßnahme.

164 Im Rahmen der ESF-Förderung können auch Kinderbetreuungskosten während der Teilnahme an einem Existenzgründungsseminar oder an einer ESF-geförderten Bildungsmaßnahme übernommen werden. Für Alleinerziehende ist die zeitlich befristete Übernahme von Kosten der Kinderbetreuung auch bei Arbeitsaufnahme möglich, sofern die Agentur für Arbeit für sie einen Eingliederungszuschuss oder einen Einstellungszuschuss bei Neugründungen zahlt.

165 Auch Bezieher von Kurzarbeitergeld können bei Teilnahme an beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen gefördert werden. Ihnen können Lehrgangskosten und eine Fahrkostenpauschale gezahlt werden. In besonders begründeten Ausnahmefällen kann der Arbeitgeber darüber hinaus auch die Beiträge zur

Sozialversicherung, die er für die Dauer der Qualifizierungsmaßnahme entrichtet hat, vollständig oder teilweise erstattet erhalten.

## Leistungen bei Arbeitslosigkeit

### Arbeitslosengeld (§§ 117 ff)

#### Zielsetzung und Grundformen des Arbeitslosengeldes

166 Das Arbeitslosengeld ist die Hauptleistung der Arbeitslosenversicherung. Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht bei Arbeitslosigkeit oder auch bei beruflicher Weiterbildung. Das bis Ende 2004 bei beruflicher Bildung geleistete Unterhaltsgeld ist vollständig in den rechtlichen Strukturen des Arbeitslosengeldes aufgegangen.

167 Entsprechend dem Grundsatz des SGB III, dass der Vermittlung in Ausbildung und Arbeit der Vorrang vor der finanziellen Sicherung zukommt, wird Arbeitslosengeld nur gezahlt, so weit und so lange die Arbeitslosigkeit auch durch intensive Vermittlungsbemühungen unter Einschluss des arbeitsmarktpolitischen Instrumentariums nicht beseitigt werden kann. Das Arbeitslosengeld ist eine Entgeltersatzleistung, die an die Stelle des während der Zeit der Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung ausfallenden Arbeitsentgelts tritt; dem Arbeitnehmer soll sie ermöglichen, seinen Lebensstandard in dieser Zeit in etwa zu erhalten.

#### Voraussetzungen des Anspruchs bei Arbeitslosigkeit

168 Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit hat, wer arbeitslos ist, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und die Anwartschaftszeit erfüllt hat. Arbeitnehmer, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, zählen zum Schutzbereich der gesetzlichen Rentenversicherung und haben daher vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld.

#### Arbeitslosigkeit

169 Arbeitslos ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend nicht beschäftigt ist (Beschäftigungslosigkeit), sich bemüht, seine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen) und den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit)

#### Beschäftigungslosigkeit

170 Die Ausübung einer Beschäftigung, die auf weniger als 15 Stunden wöchentlich beschränkt ist, schließt Beschäftigungslosigkeit nicht aus. Mehrere unter dieser Zeitgrenze liegende Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten, die der Arbeitnehmer nebeneinander ausübt, werden zusammengezählt.

#### Eigenbemühungen

171 Im Rahmen der Eigenbemühungen hat der Arbeitslose alle Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung zu nutzen. Hierzu gehören insbesondere die Einhaltung der Eingliederungsvereinbarung, die Mitwirkung bei der Vermittlung durch Dritte und die Nutzung der Selbstinformationseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit.

#### Verfügbarkeit

172 Der Arbeitsvermittlung steht zur Verfügung, wer

- eine zumutbare versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben,
- an Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung in das Erwerbsleben teilnehmen und
- Vorschlägen der Agentur für Arbeit zur beruflichen Eingliederung zeit- und ortsnahe Folge leisten kann und darf.

Der Arbeitslose muss zur Aufnahme einer zumutbaren Beschäftigung, die er objektiv verrichten kann, aber auch zur Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Bildung oder – so weit dies erforderlich ist – der beruflichen Rehabilitation bereit sein (subjektive Verfügbarkeit).

Wer wegen körperlicher oder geistiger Einschränkungen der Leistungsfähigkeit oder tatsächlicher – z. B. familiärer – oder rechtlicher Bindungen nicht in der Lage ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes beschäftigt zu sein, ist daher nicht verfügbar. Ist der Leistungsberechtigte nur bereit, Teilzeitbeschäftigungen auszuüben, so schließt dies Verfügbarkeit nicht aus, wenn sich die Arbeitsbereitschaft auf eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Wochenstunden umfassende Teilzeitbeschäftigung erstreckt. Die Regelung trägt dem Wunsch vieler Arbeitnehmer Rechnung, in Teilzeit tätig zu werden. Der Arbeitslose muss nicht mehr grundsätzlich für eine Vollzeittätigkeit zur Verfügung



stehen, erhält dann aber ein entsprechend gemindertes Arbeitslosengeld. Eine Einschränkung auf Teilzeitbeschäftigungen ist aus Anlass eines konkreten Arbeits- oder Maßnahmeangebots allerdings nicht zulässig. Bei anzuerkennenden Bindungen, wie insbesondere der Betreuung aufsichtsbedürftiger Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger, ist weiterhin eine Beschränkung des Arbeitslosen auf eine mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Teilzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Verfügbarkeit möglich.

Die Verfügbarkeit eines Arbeitslosengeldbeziehers für die Arbeitsvermittlung wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass er an einer Maßnahme der Eignungsfeststellung oder einer Trainingsmaßnahme teilnimmt, die mit Zustimmung der Agentur für Arbeit durchgeführt wird, um zu seiner beruflichen Weiterbildung oder zur Verbesserung seiner Vermittlungsaussichten beizutragen. Wer an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilnimmt, ohne die Fördervoraussetzungen zu erfüllen, ist verfügbar, wenn die Agentur für Arbeit der Teilnahme zustimmt und der Arbeitslose bereit ist, die Maßnahme abzubrechen, sobald eine berufliche Eingliederung in Betracht kommt und für diesen Fall mit dem Träger den Abbruch der Maßnahme vereinbart hat. Auch die ehrenamtliche Betätigung in einem Umfang von 15 Stunden und mehr schließt Arbeitslosigkeit nicht aus, wenn dadurch die berufliche Eingliederung des Arbeitslosen nicht beeinträchtigt wird. Das Nähere hierzu hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in der Verordnung für ehrenamtliche Betätigung von Arbeitslosen festgelegt.

Wer wegen seines Verhaltens nach der im Arbeitsleben herrschenden Auffassung für eine Beschäftigung als Arbeitnehmer nicht in Betracht kommt, ist nicht verfügbar.

173 Bei Schülern oder Studenten wird widerlegbar vermutet, dass sie nur versicherungsfreie Beschäftigungen ausüben können. Die Vermutung ist widerlegt, wenn der Arbeitslose nachweist, dass sein Ausbildungsgang auch bei ordnungsgemäßer Erfüllung der Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen die Ausübung einer versicherungspflichtigen, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassenden Beschäftigung zulässt.

### Zumutbarkeit

174 Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit einer Beschäftigung sind die Interessen des Arbeitslosen und

die der Gesamtheit der Beitragszahler gegeneinander abzuwägen.

Zumutbar sind alle Beschäftigungen, die den Fähigkeiten des Arbeitslosen entsprechen, so weit allgemeine oder personenbezogene Gründe der Zumutbarkeit einer Beschäftigung nicht entgegenstehen.

- Aus allgemeinen Gründen ist eine Beschäftigung einem Arbeitslosen insbesondere dann nicht zumutbar, wenn die Beschäftigung gegen gesetzliche, tarifliche oder in Betriebsvereinbarungen festgelegte Bestimmungen über Arbeitsbedingungen oder gegen Bestimmungen des Arbeitsschutzes verstößt.
- Aus personenbezogenen Gründen ist eine Beschäftigung einem Arbeitslosen insbesondere nicht zumutbar, wenn das daraus erzielbare Arbeitsentgelt erheblich niedriger ist als das der Bemessung des Arbeitslosengeldes zugrunde liegende Arbeitsentgelt. Danach ist in den ersten drei Monaten der Arbeitslosigkeit eine Minderung um mehr als 20% und in den folgenden drei Monaten um mehr als 30% dieses Arbeitsentgelts nicht zumutbar. Vom siebten Monat der Arbeitslosigkeit an ist dem Arbeitslosen eine Beschäftigung nur dann nicht zumutbar, wenn das daraus erzielbare Nettoeinkommen unter Berücksichtigung der mit der Beschäftigung zusammenhängenden Aufwendungen niedriger ist als das Arbeitslosengeld.
- Aus personenbezogenen Gründen ist einem Arbeitslosen eine Beschäftigung auch nicht zumutbar, wenn die täglichen Pendelzeiten zwischen seiner Wohnung und der Arbeitsstätte im Vergleich zur Arbeitszeit unverhältnismäßig lang sind. Als unverhältnismäßig lang sind dabei im Regelfall Pendelzeiten von insgesamt mehr als zweieinhalb Stunden bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden und Pendelzeiten von mehr als zwei Stunden bei einer Arbeitszeit von sechs Stunden und weniger anzusehen. Eine Beschäftigung ist nicht schon deshalb unzumutbar, weil sie befristet ist, vorübergehend eine getrennte Haushaltsführung erfordert oder nicht zum Kreis der Beschäftigungen gehört, für die der Arbeitnehmer ausgebildet ist oder die er bisher ausgeübt hat.
- Ein Umzug zur Aufnahme einer Beschäftigung außerhalb des zumutbaren Tagespendelbereichs

ist einem Arbeitslosen zumutbar, wenn nicht zu erwarten ist, dass er innerhalb der ersten drei Monate der Arbeitslosigkeit eine Beschäftigung innerhalb des zumutbaren Pendelbereichs aufnehmen wird. Ab dem vierten Monat der Arbeitslosigkeit ist ein Umzug in der Regel zumutbar. Ein Umzug ist nicht zumutbar, wenn diesem ein wichtiger Grund (z. B. familiäre Bindungen) entgegensteht.

*175* Damit der Arbeitslose die Agentur für Arbeit erreichen kann und für dieses erreichbar ist, ist er verpflichtet, sicherzustellen, dass die Agentur für Arbeit ihn persönlich an jedem Werktag unter der von ihm benannten Anschrift durch Briefpost erreichen kann. Innerhalb des Nahbereichs der für ihn zuständigen Agentur für Arbeit kann sich der Arbeitslose auch an jedem anderen Ort aufhalten, wenn er der Agentur für Arbeit rechtzeitig seine Anschrift für die Dauer der Abwesenheit mitgeteilt hat und dort erreichbar ist. Zum Nahbereich gehören alle Orte in der Umgebung der Agentur für Arbeit, von denen aus der Arbeitslose erforderlichenfalls in der Lage wäre, die Agentur für Arbeit täglich ohne unzumutbaren Aufwand zu erreichen. Ein Aufenthalt außerhalb des Nahbereichs der Agentur für Arbeit ist unter bestimmten Voraussetzungen – grundsätzlich für bis zu drei Wochen im Jahr – aber nur dann möglich, wenn die Agentur für Arbeit zuvor festgestellt hat, dass dadurch die berufliche Eingliederung nicht beeinträchtigt wird.

*176* Arbeitslose, die das 58. Lebensjahr vollendet haben und zum frühest möglichen Zeitpunkt Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen wollen, haben auch dann Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn sie zwar objektiv in der Lage sind, eine zumutbare Beschäftigung auszuüben, hierzu aber nicht mehr bereit sind.

*177* Arbeitslose, deren Leistungsfähigkeit nicht nur vorübergehend eingeschränkt ist und die deshalb nicht in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang arbeiten können, werden gleichwohl als verfügbar angesehen, solange der zuständige Rentenversicherungsträger eine verminderte Erwerbsfähigkeit noch nicht festgestellt hat.

*178* Wird die Person, die Arbeitslosengeld bezieht, während des Leistungsbezuges durch Krankheit, Sterilisation oder infolge eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs arbeitsunfähig, wird die Leistung ungeachtet der fehlenden Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung für bis zu sechs Wochen

fortgezahlt. Dies gilt auch für arbeitslose Personen, die auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden.

### **Persönliche Arbeitslosmeldung**

*179* Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit wird erst von dem Tag an gewährt, an dem sich der Arbeitnehmer bei der Agentur für Arbeit persönlich arbeitslos gemeldet hat. Dies entspricht dem Grundsatz des Vorrangs der Vermittlung in eine neue Beschäftigung vor der Gewährung von Entgeltersatz. Die Sicherung durch die Entgeltersatzleistung tritt erst von dem Tage an ein, an dem die Agentur für Arbeit Kenntnis vom Eintritt der Arbeitslosigkeit hat, sich persönlich von der Verfügbarkeit des Arbeitnehmers für die Arbeitsvermittlung und der Bereitschaft zur Beschäftigungssuche überzeugen und entsprechende Vermittlungsbemühungen einleiten kann. Das Gesetz verlangt daher eine persönliche Meldung des Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit, eine schriftliche oder telefonische Meldung reicht hierzu ebenso wenig aus wie eine solche durch einen Dritten. Kann sich der Arbeitslose nicht am ersten Tag seiner Beschäftigungslosigkeit melden und Arbeitslosengeld beantragen, weil die zuständige Agentur für Arbeit an diesem Tag nicht dienstbereit ist, gelten diese Voraussetzungen als am ersten Tag der Arbeitslosigkeit erfüllt, wenn sich der Arbeitslose am nächsten Tag, an dem die Agentur für Arbeit dienstbereit ist, arbeitslos meldet.

*180* Die Wirkung der Meldung erlischt, wenn die Arbeitslosigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als sechs Wochen – bspw. durch die Ausübung einer mindestens 15 Stunden umfassenden Beschäftigung – unterbrochen war. Sie erlischt ferner, wenn die Aufnahme einer Beschäftigung nicht unverzüglich mitgeteilt worden ist. Ein Arbeitsloser, der der Agentur für Arbeit eine Zwischenbeschäftigung von nicht mehr als sechs Wochen mitteilt, hat nach dem Ende der Beschäftigung ohne erneute Arbeitslosmeldung wieder Anspruch auf Arbeitslosengeld.

### **Anwartschaftszeit**

*181* Die Anwartschaftszeit hat erfüllt, wer in der Rahmenfrist mindestens zwölf Monate in einem Versicherungsverhältnis gestanden hat.

*182* Die Rahmenfrist, innerhalb der die Anwartschaftszeit erfüllt sein muss, beträgt seit 1. Januar 2004 zwei Jahre und beginnt mit dem Tag vor der Entstehung des Anspruches auf Arbeitslosengeld



(dies ist in der Regel der Tag der Arbeitslosmeldung). In die Rahmenfrist werden Zeiten nicht eingerechnet, in denen der Arbeitslose von einem Rehabilitations-träger Übergangsgeld wegen einer berufsfördernden Maßnahme bezogen hat.

Die Neuregelungen zur Rahmenfrist (Verkürzung der Rahmenfrist von drei auf zwei Jahre; Aufhebung der Nichteinrechnung von Zeiten als Pflegeperson oder als Selbständiger in die Rahmenfrist) finden aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht Anwendung auf Personen, deren Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zum 31. Januar 2006 entstanden ist. Die bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Regelungen gelten für diese Personen weiter.

**Dauer des Anspruchs**

183 Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld richtet sich seit 1. Januar 2004 nach der Dauer der Versicherungspflichtverhältnisse innerhalb der letzten drei Jahre vor der Arbeitslosmeldung und dem Lebensalter des Betroffenen; im Einzelnen:

nach Versicherungspflichtverhältnissen mit einer Dauer von insgesamt mindestens ... Monaten	und nach Vollendung des ... Lebensjahres	... Monate
12		6
16		8
20		10
24		12
30	55.	15
36	55.	18

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld richtet sich aus Gründen des Vertrauensschutzes für Personen, deren Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zum 31. Januar 2006 entstanden ist, nach der Dauer der Versicherungspflichtverhältnisse innerhalb der letzten sieben Jahre vor der Arbeitslosmeldung und dem Lebensalter des Betroffenen; im Einzelnen:

Dauer der Versicherungs-pflichtver-hältnisse in Monate	in Jahren (vor der Arbeitslos-meldung u. Antrag-stellung)	Anspruchsdauer in Monate				
		Lebensalter				
		unter 45	ab 45	ab 47	ab 52	ab 57
12	3	6	6	6	6	6
16	7	8	8	8	8	8
20	7	10	10	10	10	10
24	7	12	12	12	12	12
28	7		14	14	14	14
32	7		16	16	16	16
36	7		18	18	18	18
40	7			20	20	20
44	7			22	22	22
48	7				24	24
52	7				26	26
56	7					28
60	7					30
64	7					32

184 Die Sonderregelungen zur Anwartschaftszeit-erfüllung und zur Anspruchsdauer für Wehr- und Zivildienstleistende und für Saisonarbeitnehmer sind zum 1. Januar 2004 entfallen. Aus Gründen des Vertrauensschutzes sind die bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Sonderregelungen weiterhin für Personen anzuwenden, deren Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zum 31. Januar 2006 entstanden ist.

185 Der Anspruch auf Arbeitslosengeld erlischt mit der Entstehung eines neuen Anspruches. Ein evtl. bestehender Restanspruch wird dem neuen Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zur jeweiligen altersmäßigen Höchstgrenze hinzugerechnet. Bis zum 31. Januar 2010 ist als Höchstdauer des Anspruches mindestens die Restdauer des erloschenen Anspruchs hinzuzurechnen.

**Anspruchsvoraussetzungen bei beruflicher Weiterbildung**

186 Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht auch, wenn der Arbeitnehmer einen Anspruch auf Arbeitslosengeld allein wegen einer geförderten beruflichen Weiterbildung nicht erfüllt. Bei einem Arbeitnehmer, der vor Eintritt in die Maßnahme nicht arbeitslos war, gelten die Voraussetzungen als erfüllt, wenn er

- bei Eintritt in die Maßnahme einen Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit hätte, der weder ausgeschöpft noch erloschen ist, oder
- die Anwartschaftszeit im Falle von Arbeitslosigkeit am Tage des Eintritts in die Maßnahme erfüllt hätte; insoweit gilt der Tag des Eintritts in die Maßnahme als Tag der persönlichen Arbeitslosmeldung.

Ist ein Anspruch auf Unterhaltsgeld vor dem 1. Januar 2005 zuerkannt worden, wird dieser ab 1. Januar 2005 ohne Neuberechnung als Anspruch auf Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung erfüllt.

**Höhe des Arbeitslosengeldes**

**Bemessungsgrundlage**

187 Ausgangspunkt der Bemessung des Arbeitslosengeldes ist in der Regel das Bruttoarbeitsentgelt, das der Arbeitslose in den Entgeltabrechnungszeiträumen im letzten Jahr vor der Entstehung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld durchschnittlich täglich erzielt hat (Bemessungsentgelt). Außer Betracht bleibt Arbeitsentgelt, das nur wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses gezahlt wird. Besondere einma-

lige Zuwendungen, z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld, die der Arbeitslose zusätzlich zum laufenden Arbeitsentgelt erhalten hat, sind in die Bemessung einbezogen.

188 Für den Bemessungszeitraum bleiben Zeiten außer Betracht, die nicht auf typischen Beschäftigungsverhältnissen beruhen (z. B. Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder der Tätigkeit als Helfer im Rahmen eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres). Bei der Bemessung des Arbeitslosengeldes bleiben ebenfalls Zeiten außer Betracht, in denen der Arbeitslose – etwa wegen eines Wechsels von Vollzeit- auf Teilzeitbeschäftigung – seine Arbeitszeit vermindert hatte, wenn die Minderung nicht länger als drei Jahre zurückliegt.

Der Bemessungszeitraum wird auf zwei Jahre erweitert, wenn der auf das letzte Jahr entfallende Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält. Bestanden auch im erweiterten Bemessungszeitraum kein Anspruch auf Arbeitsentgelt von mindestens 150 Tagen, ist als Bemessungsentgelt ein fiktives Arbeitsentgelt zugrunde zu legen, das sich nach der Beschäftigung ausrichtet, auf die Arbeitsverwaltung die Vermittlungsbemühungen in erster Linie zu erstrecken hat. Die Höhe dieses fiktiven Bemessungsentgelts richtet sich nach pauschalierten Qualifikationsstufen.

189 Bestandsschutzregelungen gewährleisten, dass ein Arbeitsloser, der eine schlechter bezahlte Beschäftigung aufnimmt, bei Verlust dieser Beschäftigung nicht ein niedrigeres Arbeitslosengeld erhält. Hat der Arbeitslose in den letzten zwei Jahren vor dem erneuten Entstehen eines Leistungsanspruchs Arbeitslosengeld bezogen, richtet sich das Arbeitslosengeld mindestens nach dem Entgelt, das der früheren Bemessung zugrunde gelegen hat.

190 Kann der Arbeitslose nicht mehr die im Bemessungszeitraum durchschnittlich auf die Woche entfallende Zahl von Arbeitsstunden leisten, weil er tatsächlich oder rechtlich gebunden (z. B. aufgrund der Betreuung aufsichtsbedürftiger Kinder) oder sein Leistungsvermögen gesundheitlich bedingt eingeschränkt ist, führt dies für diese Zeit zu einer entsprechenden Minderung des Bemessungsentgelts.

191 Das so ermittelte Bruttoarbeitsentgelt (Bemessungsentgelt) vermindert sich um eine Sozialversicherungspauschale in Höhe von 21% des Bemessungsentgelts und um die sonstigen gesetzlichen

Abzüge, allerdings ohne Kirchensteuer. Hieraus resultiert das für die Bemessung des Arbeitslosengeldes maßgebliche „pauschalierte“ Nettoarbeitsentgelt (Leistungsentgelt).

## Höhe

192 Das Arbeitslosengeld beträgt bei Arbeitslosen mit mindestens einem Kind im Sinne des Steuerrechts 67%, bei den übrigen Arbeitslosen 60% dieses Leistungsentgelts.

## Minderung des Arbeitslosengeldes, Zusammentreffen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld mit sonstigem Einkommen und Ruhen des Anspruchs

### Minderung des Arbeitslosengeldes

193 Die Anspruchsdauer auf Arbeitslosengeld mindert sich während der Dauer von Sperrzeiten, während der Zeiten, für die das Arbeitslosengeld wegen fehlender Mitwirkung versagt oder entzogen worden ist oder in denen der Arbeitslose ohne wichtigen Grund nicht arbeitsbereit ist. Bei Sperrzeiten von zwölf Wochen mindert sich die Anspruchsdauer mindestens um ein Viertel; bei anderen Minderungstatbeständen ist die Höhe der Minderung ebenfalls näher festgelegt.

## Übersicht über die Entwicklung der Zahl der Arbeitslosengeldempfänger sowie der Aufwendungen für Arbeitslosengeld (Istergebnisse):

Haus-halts-jahr	Leistungsempfänger – Jahresdurchschnitt –	Durchschnittlicher Monatskopfsatz (einschließlich Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung)	Aufwand Mio. DM/EUR
1995	1 779 105	2 256,89	48 182,9
1996	1 991 017	2 332,09	55 655,1
1997	2 154 561	2 290,77	59 229,4
1998	1 943 303	2 290,58	52 827,0
1999	1 828 729	2 248,20	48 627,4
2000	1 694 000	2 304,43	46 178,7
2001	1 724 543	2 380,81	49 154,0
2002	1 873 503	1 213,99	27 006,5
2003	1 914 488	1 213,20	29 047,9
2004	1 844 720	1 312,51	29 072,1

### Ruhen bei Arbeitsentgelt und Urlaubsabgeltung

194 Da das Arbeitslosengeld ausfallendes Arbeitsentgelt ersetzen soll, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld, solange der Arbeitslose noch Arbeitsentgelt erhält oder zu beanspruchen hat. Ebenso ruht der Anspruch, wenn der Arbeitslose wegen der Beendigung

des Arbeitsverhältnisses eine Urlaubsabgeltung erhalten oder zu beanspruchen hat; dabei entspricht der Ruhenszeitraum der Zeit des abgolgtenen Urlaubs.

**Ruhen bei Entlassungsentschädigungen**

195 Der Anspruch ruht, wenn der Arbeitnehmer wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Entlassungsentschädigung erhalten oder zu beanspruchen hat. Das Ruhen tritt ein, wenn das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist, die der ordentlichen Kündigungsfrist entspricht, beendet worden ist. Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht in diesen Fällen für den Zeitraum, den der Arbeitnehmer bei Fortzahlung seines bisherigen Arbeitsentgelts benötigt hätte, um ein Entgelt von mindestens 25%, höchstens aber 60% der Entlassungsentschädigung zu erzielen, jedoch nicht über den Zeitraum hinaus, der der ordentlichen Kündigungsfrist entspricht. Der Ruhenszeitraum beträgt längstens ein Jahr.

Bei Arbeitnehmern, die unkündbar sind, wird in der Regel eine fiktive Kündigungsfrist von 18 Monaten, bei Arbeitnehmern, die nur bei Zahlung einer Entlassungsentschädigung ordentlich kündbar sind, eine solche von einem Jahr zugrunde gelegt.

Der jeweils zu berücksichtigende Anteil der Entlassungsentschädigung, der von dem Lebensalter des Arbeitnehmers und der Dauer der Betriebszugehörigkeit abhängig ist, ergibt sich aus der nachfolgenden Übersicht:

Betriebszugehörigkeit	Lebensalter					
	unter 40 J.	ab 40 J.	ab 45 J.	ab 50 J.	ab 55 J.	ab 60 J.
weniger als 5 Jahre	60%	55%	50%	45%	40%	35%
15 bis 10 Jahre	55%	45%	45%	40%	35%	30%
10 bis 15 Jahre	50%	40%	40%	35%	30%	25%
15 bis 20 Jahre	45%	35%	35%	30%	25%	25%
20 bis 25 Jahre	40%	30%	30%	25%	25%	25%
25 bis 30 Jahre	35%	25%	25%	25%	25%	25%
30 bis 35 Jahre		25%	25%	25%	25%	25%
35 und mehr Jahre			25%	25%	25%	25%

**Anrechnung von Nebeneinkommen**

196 Das Nettoeinkommen, das der Arbeitslose aus einer geringfügigen Nebenbeschäftigung erzielt, die er während des Leistungsbezuges ausübt, wird nach Abzug der Werbungskosten und eines Freibetrages auf das Arbeitslosengeld für den Kalendermonat, in dem die Beschäftigung ausgeübt wird, angerechnet. Der Freibetrag beträgt seit 1. Januar 2005 pauschal 165 Euro. Besonderheiten gelten, wenn während des

Bemessungszeitraums in einem gesetzlich näher bestimmten Zeitraum eine geringfügige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeiten, die die Beschäftigungslosigkeit nicht ausschließen, ausgeübt worden sind. Sonderregelungen gelten zu Nebeneinkommen, das ein Bezüher von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung bezieht.

**Ruhen bei anderen öffentlich-rechtlichen Leistungen**

197 Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht grundsätzlich ferner während der Zeit, für die dem Arbeitslosen ein Anspruch auf bestimmte andere Sozialleistungen zuerkannt ist. Hierzu zählen insbesondere Unterhaltsgeld nach dem SGB III, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung aus einer der gesetzlichen Rentenversicherungen sowie Altersruhegeld aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten, Knappschaftsruhegeld oder Knappschaftsausgleichsleistungen aus der knappschaftlichen Rentenversicherung oder ähnliche Bezüge öffentlich-rechtlicher Art für eine Zeit vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Arbeitslosen.

**Ruhen bei Sperrzeiten**

198 Hat der Arbeitnehmer sich ohne wichtigen Grund versicherungswidrig verhalten, ruht der Anspruch für die Dauer einer Sperrzeit. Versicherungswidriges Verhalten liegt vor, wenn

- der Arbeitslose das Beschäftigungsverhältnis gelöst oder durch ein arbeitsvertragswidriges Verhalten die Lösung veranlasst und dadurch vorsätzlich oder grob fahrlässig die Arbeitslosigkeit herbeigeführt hat (Arbeitsaufgabe)
- der arbeitssuchend gemeldete Arbeitnehmer oder der Arbeitslose, eine von der Agentur für Arbeit angebotene Arbeit nicht angenommen, nicht angetreten oder die Anbahnung eines solchen Beschäftigungsverhältnisses durch sein Verhalten verhindert (Arbeitsablehnung),
- der Arbeitslose die geforderten Eigenbemühungen nicht nachweist (Unzureichende Eigenbemühungen),
- der Arbeitslose sich weigert, an einer zumutbaren Trainingsmaßnahme oder an einer Maßnahme zur beruflichen Ausbildung oder zur Teilhabe

behinderter Menschen am Arbeitsleben teilzunehmen oder die Teilnahme an einer solchen Maßnahme abgebrochen oder seinen Ausschluss aus der Maßnahme veranlasst hat (Ablehnung bzw. Abbruch einer Eingliederungsmaßnahme),

- der Arbeitslose der Aufforderung der Agentur für Arbeit sich zu melden oder zu einem Untersuchungstermin zu erscheinen, nicht nachkommt (Meldeversäumnis) oder
- der Arbeitslose seiner Verpflichtung zur frühzeitigen Arbeitsuche bei bevorstehender Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht nachgekommen ist (verspätete Arbeitsuchendmeldung).

199 Bei erstmaligem versicherungswidrigen Verhalten tritt eine Sperrzeit von drei Wochen ein; bei einem zweiten versicherungswidrigen Verhalten eine Sperrzeit von sechs Wochen. Erst ab dem dritten versicherungswidrigen Verhalten tritt eine Sperrzeit von zwölf Wochen ein. Die Dauer der Sperrzeit wegen Arbeitsaufgabe beträgt auch bei erstmaligem versicherungswidrigen Verhalten zwölf Wochen. Die Dauer der jeweiligen Sperrzeit verkürzt sich in besonderen Härtefällen auf drei bzw. sechs Wochen. Die Dauer der Sperrzeit bei unzureichenden Eigenbemühungen beträgt zwei Wochen, bei Meldeversäumnissen oder verspäteter Arbeitsuchendmeldung eine Woche.

200 Die Sperrzeit tritt nicht ein, wenn der Arbeitslose für sein Verhalten einen wichtigen Grund hatte. Ein solcher liegt vor, wenn dem Arbeitslosen unter Abwägung seiner Interessen und der Interessen der Solidargemeinschaft der in der Arbeitslosenversicherung Versicherten ein anderes Verhalten nicht zugemutet werden konnte.

Der Arbeitslose hat für die Beurteilung eines wichtigen Grundes die maßgebenden Tatsachen darzulegen und nachzuweisen, wenn diese in seiner Sphäre oder in seinem Verantwortungsbereich liegen. Insoweit trägt der Arbeitslose die Ermittlungs- und Beweislast.

201 Während der Sperrzeit ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld. Grundsätzlich vermindert sich außerdem bei einer Sperrzeit wegen Arbeitsaufgabe die Dauer des Anspruchs um ein Viertel der verbleibenden Anspruchsdauer.

### Ruhen bei Arbeitskämpfen

202 Bei Arbeitskämpfen ist die Bundesagentur zur Neutralität verpflichtet. Durch die Gewährung von Arbeitslosengeld (gleiches gilt für den praktisch häufigeren Fall der Gewährung von Kurzarbeitergeld) darf daher nicht in Arbeitskämpfe eingegriffen werden. Das Arbeitslosengeld ruht deshalb für Arbeitnehmer, die infolge eines Arbeitskampfes arbeitslos werden, wenn sie selbst streiken oder ausgesperrt sind.

203 Der Anspruch ruht ferner bei allen mittelbar vom Arbeitskampf betroffenen Arbeitnehmern, wenn die geforderten oder erkämpften Arbeitsbedingungen nach Abschluss eines entsprechenden Tarifvertrages für sie persönlich in Betracht kommen und der Betrieb, in dem sie zuletzt beschäftigt waren,

- dem räumlichen und fachlichen Geltungsbereich des umkämpften Tarifvertrages zuzuordnen ist oder
- allein dem fachlichen Geltungsbereich des umkämpften Tarifvertrages zuzuordnen ist, aber der Arbeitskampf stellvertretend auch für ihre Arbeitsbedingungen geführt wird. Das Gesetz geht davon aus, dass dies nur dann der Fall ist, wenn
  - im Tarifbezirk des mittelbar betroffenen Arbeitnehmers eine Tarifforderung erhoben worden ist,
  - diese erhobene Forderung einer Hauptforderung des Arbeitskampfes nach Art und Umfang gleich ist, ohne mit ihr übereinstimmen zu müssen und
  - das Arbeitskampfergebnis aller Voraussicht nach im Tarifbezirk des mittelbar betroffenen Arbeitnehmers im Wesentlichen übernommen wird.

Die Entscheidung hierüber trifft der Neutralitätsausschuss der Bundesagentur, dem Vertreter der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aus dem Verwaltungsrat der Bundesagentur sowie dem Vorsitzenden des Vorstands der Bundesagentur angehören.

### Teilarbeitslosengeld

204 Teilarbeitslosengeld ist von Bedeutung, wenn Arbeitnehmer zwei oder sogar mehrere Teilzeitschäftigungen nebeneinander ausüben und eine hiervon verlieren. Im Einzelnen setzt ein Anspruch auf Teilarbeitslosengeld voraus, dass der Arbeitnehmer

- teilarbeitslos ist; der Versicherungsfall ist eingetreten, wenn der Arbeitnehmer eine versicherungspflichtige Beschäftigung verloren hat, die er neben einer oder mehreren ebenfalls versicherungspflichtigen Beschäftigungen ausgeübt hat und eine neue versicherungspflichtige Beschäftigung sucht,
- sich teilarbeitslos gemeldet hat oder
- die Anwartschaftszeit für Teilarbeitslosengeld erfüllt hat; der Arbeitnehmer muss in einer „Teilarbeitslosengeld-Rahmenfrist“ von zwei Jahren vor dem Tag, an dem alle sonstigen Voraussetzungen für den Leistungsanspruch erfüllt sind, neben der weiterhin ausgeübten versicherungspflichtigen Beschäftigung mindestens zwölf Monate die verlorene versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben.

Anspruch auf Teilarbeitslosengeld besteht für bis zu sechs Monate.

### **Erstattungspflicht des Arbeitgebers (§ 147a)**

205 Entlässt ein Arbeitgeber einen seit langem bei ihm beschäftigten älteren Arbeitnehmer, dann muss er der Bundesagentur für Arbeit das an diesen Arbeitnehmer gezahlte Arbeitslosengeld erstatten. Dadurch sollen die Beschäftigungsverhältnisse langjährig beschäftigter älterer Arbeitnehmer gefestigt und der Praxis entgegen gewirkt werden, sich von den älteren Arbeitnehmern zu Lasten der Bundesagentur zu trennen. Verschiedene Ausnahme- und Befreiungstatbestände tragen dabei Situationen notwendiger Personalabbaumaßnahmen Rechnung. Eine Kleinunternehmensregelung befreit große Teile der mittelständischen Wirtschaft von der vollen Erstattungspflicht.

### **Voraussetzungen und Umfang**

206 Erstatte muss der Arbeitgeber, der das Arbeitsverhältnis mit einem 55-jährigen oder älteren Arbeitnehmer beendet hat, der bei ihm innerhalb der letzten vier Jahre vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate versicherungspflichtig beschäftigt war. Der Arbeitgeber muss das Arbeitslosengeld, das für die Zeit nach Vollendung des 57. Lebensjahres an den Arbeitslosen gezahlt werden, vierteljährlich erstatten. Das umfasst auch die von der Bundesagentur für den Arbeitslosen entrichteten Beiträge zur Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Die Erstattungspflicht besteht für bis zu 32 Monate.

### **Ausnahmen und Befreiungen**

207 Die Erstattungspflicht tritt nicht ein, wenn der Arbeitnehmer nach seinem Ausscheiden Anspruch auf eine andere Sozialleistung hat (insbesondere: Krankengeld, Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente). Keine Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Arbeitnehmer noch nicht langjährig bei dem Arbeitgeber beschäftigt war, und zwar weniger als zehn Jahre innerhalb der letzten 12 Jahre. Bei der Berechnung dieser Zeit zählen Beschäftigungen vor dem 3. Oktober 1990 in der DDR nicht mit.

Der Arbeitgeber muss ferner keine Erstattung leisten, wenn er darlegt und nachweist, dass

- der Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis selbst gekündigt hat und keine Abfindung bekommt,
- das Arbeitsverhältnis durch sozial gerechtfertigte Kündigung beendet worden ist,
- das Arbeitsverhältnis hätte fristlos gekündigt werden können oder
- die Entlassung im Rahmen eines größeren Personalabbaus erfolgt ist, wobei der Anteil der älteren entlassenen Arbeitnehmer allerdings nicht außer Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbelegschaft stehen darf, oder ein kurzfristiger Personalabbau von mindestens 20% der Beschäftigten mit erheblicher Auswirkung auf den örtlichen Arbeitsmarkt erfolgt ist.

### **Verminderung und Wegfall**

208 Kleinunternehmen, die in der Regel nicht mehr als 20 Arbeitnehmer haben (Auszubildende zählen nicht mit), sind von der Erstattungspflicht ausgenommen. Für Unternehmen mit nicht mehr als 40 Arbeitnehmern reduziert sich die Erstattungsforderung um zwei Drittel, für Unternehmen mit nicht mehr als 60 Arbeitnehmern um ein Drittel. Die Erstattungspflicht entfällt vollständig, wenn sie für den Arbeitgeber eine unzumutbare Belastung bedeuten würde, weil sie den Fortbestand des Unternehmens oder die verbleibenden Arbeitsplätze gefährden würde, was der Arbeitgeber allerdings durch die Stellungnahme einer fachkundigen Stelle (z. B.: Industrie- und Handelskammer, Wirtschaftsprüfer) nachweisen muss.

### **Übergangsregelungen für die Erstattungspflicht**

209 Ist das Arbeitsverhältnis vor dem 26. September 2003 beendet worden oder der Anspruch auf das zu

erstattende Arbeitslosengeld bzw. die Arbeitslosenhilfe vor dem 1. Januar 2004 entstanden, gilt die Erstattungspflicht des Arbeitgebers mit folgenden Maßgaben: Sie wird ausgelöst bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses eines mindestens 56 Jahre alten langjährig beschäftigten Arbeitnehmers. Dessen Arbeitsverhältnis muss, sofern es vor Vollendung des 57. Lebensjahres beendet wird, mindestens 15 Jahre innerhalb der letzten 18 Jahre, und sofern es nach Vollendung des 57. Lebensjahres beendet wird, mindestens zehn Jahre innerhalb der letzten zwölf Jahre bestanden haben. Die Erstattung ist für die Zeit nach Vollendung des 58. Lebensjahres des Arbeitnehmers für bis zu 24 Monate zu leisten.

210 Nach Maßgabe der Rechtsänderungen zum 1. Januar 2004 können ältere Arbeitslose für nur noch bis zu 18 Monate Arbeitslosengeld beanspruchen. Fällt der entlassene ältere Beschäftigte unter diese neuen Regelungen, dann muss der Arbeitgeber keine Erstattung leisten.

### **Altersteilzeitförderung (Altersteilzeitgesetz)**

#### **Ziel der Altersteilzeit**

211 Das Altersteilzeitgesetz soll älteren Arbeitnehmern den gleitenden Übergang in den Ruhestand ermöglichen. Es regelt die Rahmenbedingungen, unter denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einen schrittweisen Übergang in den Ruhestand in Form einer Verminderung der Arbeitszeit vereinbaren können. Werden die dadurch freiwerdenden Arbeitsplätze wiederbesetzt, besteht Anspruch auf Förderung von der Agentur für Arbeit. Das Altersteilzeitgesetz verpflichtet weder Arbeitnehmer noch Arbeitgeber, eine Altersteilzeitvereinbarung abzuschließen. Auf der Grundlage des Gesetzes sind zahlreiche Tarifverträge abgeschlossen worden, die zum Teil Rechtsansprüche auf Altersteilzeitarbeit vorsehen.

#### **Funktionen der Altersteilzeit**

212 Altersteilzeitarbeit hat in rechtlicher Hinsicht vor allem zwei Funktionen: Arbeitnehmer, die mindestens 24 Kalendermonate in Altersteilzeitarbeit beschäftigt waren und deren Arbeitgeber Aufstockungsleistungen zum Arbeitsentgelt gezahlt und zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge mindestens in der gesetzlich bestimmten Höhe entrichtet hat, erfüllen damit eine der Zugangsvoraussetzungen für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit. Wird der Arbeitsplatz, der durch den Übergang in Altersteilzeitarbeit frei wird, wirk-

sam wiederbesetzt, dann erhält der Arbeitgeber eine Förderung von der Agentur für Arbeit, die ihm seine erbrachten Leistungen in dem vom Altersteilzeitgesetz festgelegten Umfang erstattet.

#### **Voraussetzungen der Altersteilzeit**

213 Altersteilzeitarbeit im Sinne des Altersteilzeitgesetzes liegt vor, wenn ein mindestens 55 Jahre alter Arbeitnehmer, seine bisherige wöchentliche Arbeitszeit in einer Vereinbarung mit dem Arbeitgeber auf die Hälfte herabgesetzt hat. Auch nach der Verminderung der Arbeitszeit muss der Arbeitnehmer noch versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung beschäftigt sein. Als bisherige wöchentliche Arbeitszeit in diesem Sinne ist grundsätzlich die Arbeitszeit maßgebend, die mit dem Arbeitnehmer vereinbart war, bevor er in Altersteilzeit gewechselt ist. Allerdings darf höchstens die Arbeitszeit herangezogen werden, die im Durchschnitt der letzten 24 Monate vor dem Übergang in Altersteilzeit vereinbart war. Während der letzten fünf Jahre vor der Altersteilzeit muss der Arbeitnehmer außerdem insgesamt mindestens 1.080 Kalendertage versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein. Der Zugang zur Altersteilzeit steht damit nicht nur Vollzeitbeschäftigten offen, sondern auch Arbeitnehmern, die bereits in Teilzeitarbeit tätig sind. Die Vereinbarung über die Verminderung der Arbeitszeit muss immer zumindest bis zu einem Zeitpunkt reichen, zu dem der Arbeitnehmer eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch nehmen kann.

#### **Arbeitszeitvereinbarung**

214 Die Arbeitsvertragsparteien können grundsätzlich frei vereinbaren, wie sie die im Zuge der Altersteilzeit verminderte Arbeitszeit verteilen wollen. Denkbar ist dabei z. B. Teilzeitarbeit in Form von Halbtagsbeschäftigung oder Tätigkeiten in täglichem, wöchentlichem oder monatlichem Wechsel. Die Arbeitszeit kann auch auf noch längere Zeiträume mit unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten verteilt werden („Blockmodell“). Gewährleistet sein muss jedoch, dass im Durchschnitt eines Zeitraumes von drei Jahren die Hälfte der tariflichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit nicht überschritten wird. Möglich ist so z. B., dass der Arbeitnehmer bis zu eineinhalb Jahre in Vollzeit tätig ist und sich daran eine bis zu eineinhalb Jahre dauernde Freistellungsphase anschließt. Während des gesamten Zeitraums, also auch während der Freistellung, muss das Arbeitsentgelt durchgehend gezahlt werden.



Soll der Zeitraum für das Blockmodell länger als drei Jahre sein, bedarf es dafür grundsätzlich einer tarifvertraglichen Grundlage (so genannter Tarifvorbehalt). Ist diese vorhanden, kann das Blockmodell auf zu zehn Jahre ausgelegt werden. Die Arbeitsvertragsparteien können so z. B. vereinbaren, dass der Arbeitnehmer zunächst bis zu fünf Jahre in Vollzeit tätig ist und darauf eine bis zu fünfjährige Phase der Freistellung folgt. Im Geltungsbereich eines Tarifvertrages kann dies auch in Betrieben von nicht tarifgebundenen Arbeitgebern genutzt werden. Dann muss die tarifliche Regelung durch eine Betriebsvereinbarung oder, wenn ein Betriebsrat nicht besteht, durch eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernommen werden. Lässt der Tarifvertrag abweichende Regelungen durch Betriebsvereinbarung zu, kann davon auch in Betrieben nicht tarifgebundener Arbeitgeber Gebrauch gemacht werden. In Bereichen, in denen tarifvertragliche Regelungen über Verteilung der Arbeitszeit nicht bestehen oder üblicherweise nicht abgeschlossen werden (das gilt z. B. für Freiberufler oder zahlreiche Verbände) kann ein über bis zu zehn Jahre laufendes Blockmodell auch ohne tarifvertragliche Grundlage genutzt werden. In allen Fällen müssen Arbeitsentgelt und Aufstockungsleistungen durchgehend gezahlt werden.

### **Aufstockungsbeträge**

215 Damit die Fördervoraussetzungen erfüllt werden, hat der Arbeitgeber Zusatzleistungen für den Arbeitnehmer zu erbringen. Er muss eine Aufstockung zum Arbeitsentgelt für die Teilzeitarbeit leisten. Das Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers ist dabei um mindestens 20% aufzustocken. Dieser Aufstockungsbetrag ist sowohl steuer- als auch sozialabgabenfrei. (Allerdings unterliegen die Aufstockungsbeträge dem so genannten Progressionsvorbehalt. Sie können sich deshalb im Einzelfall insbesondere beim Zusammentreffen mit anderen steuerpflichtigen Einkünften im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung steuerlich auswirken).

### **Zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge**

216 Außer der Aufstockung des Arbeitsentgelts muss der Arbeitgeber für den Arbeitnehmer zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung entrichten. Die zusätzlichen Beiträge sollen die rentenrechtlichen Auswirkungen, die sich aus der Verminderung der Arbeitszeit ergeben würden, weitgehend ausgleichen, indem sie sicherstellen, dass der Arbeitnehmer für

die Zeit der Altersteilzeit so rentenversichert ist, als arbeite er 90% der bisherigen Arbeitszeit. Dies wird erreicht, indem zusätzliche Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung in der Höhe entrichtet werden, die auf 80% des so genannten Regelentgelts für die Altersteilzeitarbeit entfällt. Regelentgelt in diesem Sinne ist das Arbeitsentgelt, das der Arbeitnehmer für die Altersteilzeitarbeit regelmäßig erhält. Berücksichtigungsfähige Obergrenze ist die Beitragsbemessungsgrenze (2006: monatlich 5.250 Euro für die alten und 4.400 Euro für die neuen Bundesländer). Die zusätzlichen Beiträge trägt der Arbeitgeber allein. Für Arbeitnehmer, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, kann der Arbeitgeber entsprechende Zusatzleistungen erbringen.

### **Voraussetzungen der Förderung**

217 Erfolgt eine wirksame Wiederbesetzung des freigewordenen Arbeitsplatzes, erstattet die Agentur für Arbeit dem Arbeitgeber die von ihm erbrachten Leistungen nach Maßgabe des Gesetzes. Voraussetzung ist, dass aus Anlass des Übergangs in Altersteilzeit auf dem freigemachten Arbeitsplatz oder einem Arbeitsplatz der infolge der Altersteilzeit durch eine Umsetzung innerhalb des Betriebes freigeworden ist, ein von der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldeter Arbeitnehmer eingestellt oder ein Arbeitnehmer nach Abschluss der Berufsausbildung übernommen wird. Dieser Wiederbesetzer muss versicherungspflichtig (in der Arbeitslosenversicherung) beschäftigt sein. Kleinunternehmen, die nicht mehr als 50 Arbeitnehmer haben, erhalten die Altersteilzeitförderung auch dann, wenn sie aus Anlass der Altersteilzeit einen Auszubildenden einstellen und versicherungspflichtig beschäftigen. Eine wirksame Wiederbesetzung ist bei Kleinunternehmen dieser Größe gegeben, wenn aus Anlass des Übergangs eines älteren Arbeitnehmers in Altersteilzeit ein arbeitslos gemeldeter Arbeitnehmer an dessen oder einer beliebigen anderen Stelle des Unternehmens beschäftigt wird. Solange die Wiederbesetzung Bestand hat, erhält der Arbeitgeber die 20prozentige Aufstockung des Arbeitsentgelts und die Aufwendungen für die zusätzlichen Rentenversicherungsbeiträge erstattet. Die Leistungen werden für bis zu sechs Jahre gezahlt. Dies gilt auch, wenn sich die vereinbarte Altersteilzeit über einen bis zu zehnjährigen Zeitraum erstreckt. Der Förderanspruch erlischt, wenn der Arbeitnehmer die Altersteilzeit beendet, wenn er 65 Jahre alt wird oder eine Altersrente bezieht sowie dann, wenn er Anspruch auf eine

Altersrente ohne Abschläge hat. Die Förderung wird auch dann eingestellt, wenn der Arbeitnehmer neben der Altersteilzeitarbeit über einen geringfügigen Umfang hinaus (Geringfügigkeitsgrenze) Mehrarbeit leistet oder eine entsprechende Nebenbeschäftigung ausübt. Dies gilt allerdings nicht, wenn er diese Tätigkeit bereits in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Altersteilzeit ständig ausgeübt hat.

### Insolvenzversicherung

218 Wird Altersteilzeit im Blockmodell durchgeführt, dann ist der Beschäftigte während der Arbeitsphase zunächst unverändert mit seiner bisherigen Arbeitszeit tätig. Da er über die gesamte Laufzeit der Altersteilzeitvereinbarung ein Teilzeitarbeitsentgelt erhält, wird er auch während der Vollarbeitsphase lediglich wie ein Teilzeitbeschäftigter bezahlt. Den restlichen Teil des verdienten Arbeitentgelts stundet er dem Arbeitgeber, das heißt, es wird in der Weise als Wertguthaben angespart, dass der Arbeitnehmer es in der Freistellungsphase ausgezahlt erhält. Diese Gestaltung sichert zwar einen durchgängigen Versicherungsschutz in der Sozialversicherung, birgt jedoch Risiken für den Fall, dass der Arbeitgeber vor der vertraglich vorgesehenen Beendigung der Altersteilzeitvereinbarung zahlungsunfähig wird. Tritt Zahlungsunfähigkeit ein, so kann der Arbeitnehmer das für die Freistellungsphase noch zu beanspruchende Entgelt nicht mehr vom Arbeitgeber erhalten. Zwar kann er Insolvenzgeld von der Agentur für Arbeit beanspruchen, jedoch sichert dies seine Ansprüche nur in beschränktem Umfang, denn Insolvenzgeld erhält er lediglich für das Arbeitsentgelt der letzten drei Monate vor dem Insolvenzereignis. Ansprüche auf später (in der Freistellungsphase) auszahlende Teile des Arbeitsentgelts werden nicht abgedeckt.

219 Um die Gefahr des Entgeltausfalls aufzufangen, sieht das Altersteilzeitgesetz die Verpflichtung des Arbeitgebers vor, das Wertguthaben in geeigneter Weise gegen Insolvenz zu sichern. Diese Verpflichtung tritt ein, wenn vereinbart ist, dass das Wertguthaben das Dreifache des Monatsentgelts für die Altersteilzeitarbeit einschließlich des Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag übersteigt. Der Gesetzgeber schreibt nicht vor, welche Art der Insolvenzversicherung der Arbeitgeber veranlassen muss, jedoch schließt er bestimmte Sicherungsmittel aus, da sie sich in der Vergangenheit als untauglich oder unzureichend erwiesen haben. Dies sind z. B. Rückstellungen in der Bilanz, Einstandspflichten zwischen Konzernunternehmen oder Schuldbeiträge.

Der Arbeitgeber muss die zur Insolvenzversicherung ergriffenen Maßnahmen alle sechs Monate gegenüber dem Arbeitnehmer nachweisen. Kommt der Arbeitgeber dieser Verpflichtung nicht nach oder sind die zur Sicherung ergriffenen Maßnahmen unzureichend, kann der Arbeitnehmer, nachdem er den Arbeitgeber nochmals erfolglos dazu aufgefordert hat, eine Sicherheitsleistung verlangen, die nur mittels der Stellung eines tauglichen Bürgen oder der Hinterlegung von Geld oder Wertpapieren erfolgen kann. Im Streitfall können die Arbeitnehmer ihre Ansprüche vor dem Arbeitsgericht geltend machen.

220 Da bei Bund, Ländern, Gemeinden, öffentlich-rechtlichen Anstalten, Körperschaften oder Stiftungen keine Zahlungsunfähigkeit eintreten kann, sind sie nicht zur Insolvenzversicherung verpflichtet. Dasselbe gilt für juristische Personen des öffentlichen Rechts, bei denen der Bund oder ein Land die Zahlungsfähigkeit kraft Gesetzes sichert.

### Soziale Sicherung

221 Der Altersteilzeitarbeitnehmer wird durch verschiedene Einzelregelungen des Altersteilzeitgesetzes geschützt. So darf der Arbeitgeber die Zahlung von Aufstockungsleistungen und zusätzlichen Rentenversicherungsbeiträgen nicht davon abhängig machen, dass er selbst eine Wiederbesetzung vornimmt und seinerseits einen Förderanspruch gegen die Agentur für Arbeit hat. Eine derartige Vereinbarung wäre nichtig. Der Arbeitnehmer ist außerdem davor geschützt, dass die Möglichkeit Altersteilzeit in Anspruch zu nehmen, beim Kündigungsschutz für ihn nachteilig ist. Wenn der Arbeitnehmer Krankengeld von der Krankenkasse oder Krankentagegeld aus einer privaten Krankenversicherung bezieht und dieses nur nach dem Teilzeitentgelt bemessen wird, tritt die Agentur für Arbeit an die Stelle des Arbeitgebers und zahlt die Aufstockungsleistungen und die zusätzlichen Rentenversicherungsbeiträge, wenn sie für den Arbeitnehmer zuvor Förderleistungen erbracht hat. Wird der Arbeitnehmer aus der Altersteilzeit heraus arbeitslos, wird das Arbeitslosengeld nicht lediglich nach dem Teilzeitentgelt bemessen, sondern so, als habe er seine Arbeitszeit nicht vermindert. Diese besondere Bemessung gilt bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres. Bezieht der Arbeitnehmer während der Altersteilzeit Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld, muss der Arbeitgeber die Aufstockungsleistungen und zusätzlichen Rentenversicherungsbeiträge in der Höhe weiterzahlen, als sei die Arbeit nicht ausgefallen.

222 Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, dann wird Altersteilzeitarbeit gefördert, wenn sie bis zum 31. Dezember 2009 begonnen wird.

## Insolvenzgeld (§§ 183-189a)

223 Wenn der Arbeitgeber dauerhaft zahlungsunfähig ist, sichert das Insolvenzgeld die zurückliegenden Entgeltansprüche der Arbeitnehmer für einen begrenzten Zeitraum.

224 Insolvenzgeld wird für das Arbeitsentgelt gezahlt, das aus den letzten drei Monaten vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Arbeitgebers noch aussteht. Hat ein Arbeitnehmer weitergearbeitet oder überhaupt erst die Arbeit angetreten, ohne von der Insolvenz zu wissen, sind die letzten drei Monate maßgebend, bevor er von der Insolvenz erfahren hat. Der Eröffnung des Insolvenzverfahrens steht die Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse gleich. Auch die vollständige Einstellung der Betriebstätigkeit begründet einen Anspruch auf Insolvenzgeld, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht gestellt ist und mangels Masse auch offensichtlich nicht in Betracht kommt. War das Arbeitsverhältnis bereits vor dem Insolvenzereignis beendet, so besteht Anspruch auf Insolvenzgeld für rückständiges Arbeitsentgelt der letzten drei Monate des Arbeitsverhältnisses.

225 Insolvenzgeld erhält der Arbeitnehmer von der Agentur für Arbeit in Höhe des rückständigen Nettoverdienstes. Das Arbeitsentgelt ist allerdings durch die Beitragsbemessungsgrenze (2006: 5.250 Euro West, 4.400 Euro Ost) begrenzt. Gleichzeitig entrichtet die Agentur für Arbeit die auf das Arbeitsentgelt entfallenden Sozialversicherungsbeiträge (Beiträge zur Rentenversicherung, Krankenkasse und Pflegeversicherung und zur Arbeitsförderung) an die jeweils zuständige Stelle, soweit dies noch nicht geschehen ist. Um Insolvenzgeld zu erhalten, muss bei der Agentur für Arbeit innerhalb von zwei Monaten nach dem Insolvenzereignis ein Antrag gestellt werden. Zuständig ist in der Regel die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk der ehemalige Arbeitgeber seine Lohnabrechnungsstelle hatte.

226 Auf Antrag kann die Agentur für Arbeit einen Vorschuss auf das Insolvenzgeld zahlen. Dazu muss der Arbeitnehmer nachweisen, in welcher Höhe sein ehemaliger Arbeitgeber ihm noch Arbeitsentgelt schuldet. Dafür muss die letzte Entgeltabrechnung

und eine schriftliche Bestätigung des ehemaligen Arbeitgebers, des Insolvenzverwalters oder des Betriebsrates über das rückständige Arbeitsentgelt vorgelegt werden. Ein Vorschuss ist unter bestimmten Voraussetzungen auch schon vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens möglich.

227 Arbeitslosengeld, das für den gleichen Zeitraum gezahlt wird, für den ein Anspruch auf Insolvenzgeld besteht, wird auf das Insolvenzgeld angerechnet. Ebenfalls angerechnet werden Einkünfte aus einem neuen Arbeitsverhältnis oder einer selbständigen Tätigkeit während dieses Zeitraums.

## Organisation

228 Die Aufgaben nach dem SGB III nimmt die Bundesagentur für Arbeit wahr. Sie hat ihren Sitz in Nürnberg und gliedert sich in

- die Zentrale,
- die Regionaldirektionen Nord, Niedersachsen/Bremen, Berlin/Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt/Thüringen, Sachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz/Saarland, Baden-Württemberg und Bayern und in
- 181 Agenturen für Arbeit.

229 Die Bundesagentur wird von einem Vorstand geleitet, der aus einem Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern besteht. Die Vorstandsmitglieder ernannt der Bundespräsident auf Vorschlag der Bundesregierung für jeweils fünf Jahre. Die Organe der Selbstverwaltung der Bundesagentur sind der Verwaltungsrat und die Verwaltungsausschüsse bei den Regionaldirektionen und den Agenturen für Arbeit. Die Organe setzen sich zu je einem Drittel aus Vertretern der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der öffentlichen Körperschaften zusammen. Die Vertreter üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

## Finanzierung

230 Die Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit werden durch Beiträge, Umlagen und in besonderen Fällen vom Bund finanziert.

### Beiträge

231 Beiträge nach dem SGB III sind von den versicherungspflichtig Beschäftigten und den Arbeitge-

bern je zur Hälfte zu tragen. Für Beschäftigte, die wegen Vollendung des 65. Lebensjahres versicherungsfrei sind, tragen die Arbeitgeber die Hälfte des Beitrages, der zu zahlen wäre, wenn die Beschäftigten versicherungspflichtig wären.

232 Die Arbeitgeber tragen die Beiträge der Arbeitnehmer,

- bei Beschäftigten, die ein freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr leisten,
- bei jugendlichen Behinderten, die zur Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten und
- bei Jugendlichen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe beschäftigt sind, um für eine Erwerbstätigkeit befähigt zu werden.

234 Besonderheiten gelten für Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt, das innerhalb der Gleitzone liegt. Für die beitragspflichtigen Wehr- und Zivildienstleistenden trägt der Bund die Beiträge, für beitragspflichtige Gefangene das Land, das für die Vollzugsanstalt zuständig ist.

235 Im Fall der Beitragspflicht von Entgeltersatzleistungen an Arbeitnehmer, die arbeitsunfähig sind oder an einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation teilnehmen, tragen die Bezueher von Krankengeld und Verletztengeld sowie die Leistungsträger die Beiträge je zur Hälfte, die Leistungsträger jedoch allein, wenn diese Leistungen in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind. Die Beiträge für Zeiten des Bezuges von Krankentagegeld tragen die privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Personen, die freiwillig ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag begründen, tragen die Beiträge allein. Die Höhe des Beitrags beträgt bei Pflegepersonen, die Pflegebedürftige wenigstens 14 Stunden pflegen, 10% der monatlichen Bezugsgröße, bei Selbständigen und bei außerhalb der Europäischen Union oder in assoziierten Staaten Beschäftigten 25% der Bezugsgröße.

### **Bemessung des Beitrags**

236 Für die Zahlung der Beiträge aus Arbeitsentgelt bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gelten die Vorschriften des SGB IV entsprechend. Grundlage der Beitragsbemessung sind hiernach die versicherungspflichtigen Einnahmen einschließlich einmaliger und wiederkehrender Zuwendungen, wie „Weihnachts-“ oder „Urlaubsgeld“, das der Arbeitnehmer aus versicherungspflichtigen Beschäftigungen erzielt, so weit es nicht eine bestimmte Höhe, die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, übersteigt. Diese liegt 2006 bei 5.250 Euro monatlich, bzw. in den neuen Bundesländern bei 4.400 Euro monatlich. Besonderheiten bei der Beitragsbemessungsgrundlage bestehen bei einzelnen Gruppen von Versicherten, wie z. B. den beitragspflichtigen Wehr- und Zivildienstleistenden und den Arbeitnehmern, die ein freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr leisten.

### **Beitragshöhe**

237 Die Beitragshöhe beträgt 6,5% der Beitragsbemessungsgrundlage. Der Höchstbeitrag für Arbeitnehmer liegt – der Beitragsbemessungsgrenze entsprechend – 2006 bei rd. 171 Euro monatlich.

### **Umlage**

238 Die Mittel für das Wintergeld werden von den Arbeitgebern des Baugewerbes durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel für das Insolvenzgeld bringen die Berufsgenossenschaften auf. Sie legen den von ihnen aufzubringenden Kostenanteil auf ihre Mitglieder (Arbeitgeber) um.

### **Kostenübernahme durch den Bund**

239 Die Bundesagentur für Arbeit bildet aus eventuellen Überschüssen ihrer Einnahmen über die Ausgaben eine Rücklage, um ihre Zahlungsfähigkeit bei ungünstiger Arbeitsmarktlage sicherzustellen. Kann der Finanzbedarf aus Einnahmen und Rücklage nicht gedeckt werden, gibt der Bund Darlehen und gegebenenfalls Zuschüsse.

# 4

## Sozialgesetzbuch - 4. Buch Gemeinsame Vorschriften

### Entstehung und Aufgabe der gemeinsamen Vorschriften

1 Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ist nach dem SGB I von 1975 als zweiter Teil des großen Reformansatzes der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, nach Möglichkeit das gesamte Sozialrecht in einer umfassenden und einheitlichen Kodifikation zusammenzufassen, am 1. Juli 1977 in Kraft getreten. Sollte ursprünglich die gesamte Sozialversicherung hierin geregelt werden und die gemeinsamen Vorschriften lediglich das erste Kapitel umfassen, wurde schnell deutlich, dass dieses Vorhaben nicht verwirklicht werden konnte. Allen Zweigen der Sozialversicherung ist heute neben weiteren Kodifikationen des Sozialrechts wie im SGB VIII und SGB X ein eigenes Buch des Sozialgesetzbuches zugewiesen und der Ansatz eines gesamten Buches Sozialversicherung beschränkt sich auf die Zusammenfassung einiger gemeinsamer Grundsätze und Begriffe sowie gemeinsam geltender Verfahren.

2 Die gemeinsamen Vorschriften ergänzen die im SGB I zusammengefassten, für sämtliche Sozialleistungsbereiche einheitlich geltenden Vorschriften mit Regelungen, die teils für alle Versicherungszweige, teils für mehrere Zweige gemeinsam gelten. Versicherungszweige im Sinne der gemeinsamen Vorschriften sind die Gesetzliche Krankenversicherung (geregelt im SGB V) sowie die Soziale Pflegeversicherung (geregelt im SGB XI), die Gesetzliche Unfallversicherung (geregelt im SGB VII) und die Gesetzliche Rentenversicherung einschließlich der Altershilfe für Landwirte (geregelt im SGB VI und im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte -ALG-). Mit der Überführung des Rechts der Arbeitsförderung in das SGB III wurde 1998 die Geltung der gemeinsamen Vorschriften auch weitgehend auf die Arbeitslosenversicherung erstreckt, wenn auch hier nach wie vor Sonderregelungen gelten. Durch

die Zusammenführung der früheren Arbeitslosenhilfe mit der Sozialhilfe sind zwei neue Bücher des Sozialgesetzbuches eingeführt worden, das Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Kapitel 2) und das in das Zwölfte Buch überführte frühere Bundessozialhilfegesetz, jetzt SGB XII (Kapitel 12).

3 Der erste Abschnitt des SGB IV (§§ 1 bis 18g) enthält Grundsätze und Begriffsbestimmungen. Diese Vorschriften legen bestimmte Grundbegriffe des Sozialversicherungsrechts fest, grenzen den Geltungsbereich der Regelungen ab und umschreiben Grundlagen für die Einkommensberechnung und die Versicherungsnummer. Die früher in § 18h SGB IV enthaltene Umstellungsregelung für den Euro ist zum 1. Januar 2003 entfallen.

Der zweite Abschnitt (§§ 19 bis 28) behandelt die Leistungen und Beiträge. In diesen Vorschriften sind alle wichtigen für alle Zweige geltende Grundsätze des Beitragsrechts, insbesondere über die Bemessung und Fälligkeit der Beiträge und über den Einzug und die damit zusammenhängenden Rechtsfragen erfasst, neben den in den einzelnen Zweigen geregelten besonderen Vorschriften für die Berechnung und Erfassung der Beiträge.

Der dritte Abschnitt (§§ 28a bis 28r) regelt zuerst die Meldepflichten des Arbeitgebers, anschließend die Aufgaben der Einzugsstellen und den Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Auch die Beitragsüberwachung und bestimmte Mitwirkungspflichten des Beschäftigten und des Arbeitgebers sind hier normiert.

Der vierte Abschnitt (§§ 29 bis 90a) befasst sich mit den Trägern der Sozialversicherung. In diesen Vorschriften ist ihre Verfassung, Zusammensetzung, Wahl und Verfahren der Selbstverwaltungsorgane, das Haushalts- und Rechnungswesen, die Verwaltung der Mittel, die Vermögensanlage und die Aufsicht über die Träger geregelt. Mit diesen Regelungen



wurde auch die Forderung verwirklicht, das Recht der Selbstverwaltung und die Aufsicht für alle Versicherungszweige gemeinsam festzulegen und dabei unter Wahrung der Funktionsfähigkeit der verfassungsrechtlich vorgegebenen Selbstverwaltungskörperschaften (Art. 87 GG) ein angemessenes Verhältnis zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht zu finden.

In Ergänzung dieser umfangreichen Materie sind im fünften Abschnitt (§§ 91 bis 94) die Konstitution der Versicherungsbehörden, und zwar die Versicherungsämter der Länder und die des Bundesversicherungsamtes als selbständige Bundesoberbehörde behandelt.

Im sechsten Abschnitt (§§ 95 bis 109) sind im Wesentlichen der Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts geschaffene Sozialversicherungsausweis und die damit verbundenen Pflichten des Arbeitnehmers und die Meldungen des Arbeitgebers zusammengefasst, womit vor allem illegale Beschäftigung und Leistungsmissbrauch wirksamer bekämpft werden sollen. Einige dieser Pflichten und Regelungen sind zwischenzeitlich wieder aufgehoben worden.

Der 2002 neu gefasste siebte Abschnitt (§§ 110a bis 110d) regelt die Aufbewahrung von Unterlagen durch die Behörden und Träger, ihre Rückgabe, Vernichtung und Archivierung sowie die Beweiswirkung insbesondere von elektronisch erstellten und erfassten Unterlagen; diese Neuregelungen waren erforderlich, um die Arbeit der Sozialversicherungsträger an die heute standardisierte Arbeit im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung anzupassen.

Der achte Abschnitt des SGB IV (§§ 111 bis 113) enthält Bußgeldvorschriften, die zur ordnungsgemäßen Funktion einer öffentlichen Verwaltung erforderlich sind.

Angefügt wurde im Jahr 2001 der neunte Abschnitt (§§ 114 bis 116) mit Übergangsvorschriften zum Zusammentreffen von Einkommen mit Renten wegen Todes sowie eine ergänzende Übergangsvorschrift zu § 14, die spezielle Fragen zur Entgeltumwandlung regelt. Neu angefügt wurde § 117, der spezielle Regelungen zu den Verwaltungsaufgaben der Bundesknappschaft regelt. Ganz am Schluss stehen Überleitungs- und Schlussvorschriften in Artikel II, die mittlerweile nur noch aus einer Inkrafttretensregelung (§ 21) bestehen.

## Gemeinsame Vorschriften

4 Gemeinsame Vorschriften regeln Begriffe und Sachverhalte einheitlich, die für die gesamte Sozialversicherung von Bedeutung sind und auch überall gleichermaßen Anwendung finden sollen. Die historisch gewachsenen Strukturen der einzelnen Zweige der Sozialversicherung und die damit verbundenen unterschiedlichen Ausgestaltungen dieser Versicherungen führen jedoch dazu, dass zwischen den verschiedenen Zweigen erhebliche Unterschiede bestehen. Folge davon ist, dass sich für die einzelnen Zweige der Sozialversicherung insgesamt nur wenige gemeinsame Vorschriften „vor die Klammer“ ziehen lassen. So sind etwa die einzelnen leistungsrechtlichen Vorschriften, aber auch schon der Kreis der versicherten Personen derart unterschiedlich, dass die Schaffung gemeinsam geltender Regelungen sehr unübersichtliche und zersplitterte Regelungen ergeben würde, die im Übrigen auch die unterschiedlichen Anforderungen und Voraussetzungen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung nur unzureichend berücksichtigen könnten. So wäre als Beispiel die Aufzählung der in den verschiedenen Zweigen versicherten Personen sehr unübersichtlich geworden, weil auch der Personenkreis, der in die jeweilige Versicherung einbezogen ist, erheblich voneinander abweicht. Interessanterweise werden die einheitlich und gemeinsam für alle Zweige der Sozialversicherung geltenden versicherungsrechtlichen Vorschriften des Vierten Buches Sozialgesetzbuch häufig als besonders kompliziert angesehen, obwohl es gerade keine Sonderregelungen für einzelne Versicherungszweige gibt; dies gilt etwa für die geringfügige Beschäftigung oder beitragsrechtliche Vorschriften.

Das Vierte Buch enthält demnach im Wesentlichen nur Regelungen, die auch ohne den Zusammenhang mit den besonderen Regelungen der einzelnen Versicherungszweige aus sich heraus verständlich sind. Dies sind vorrangig gemeinsame Grundsätze, Begriffe und Definitionen sowie grundsätzliche verfahrensrechtliche Vorschriften.

## Begriff der Sozialversicherung

5 Eine Grundnorm von zentraler Bedeutung in den gemeinsamen Vorschriften ist der Begriff der Sozialversicherung. Die Sozialversicherung weist drei wesentliche Merkmale auf, die sie von allen übrigen Sozialleistungsbereichen abgrenzt und unterscheidet:



- Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich durch Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber (Ausnahme Unfallversicherung, bei der allein der Arbeitgeber die Beiträge abführt).
- Die Gewährung von Leistungen aus der Sozialversicherung setzt eine Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit zu der Versicherung voraus.
- Die Sozialversicherungsträger sind in der Regel selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Alle anderen Sozialleistungen für die auch die allgemeinen Vorschriften im Ersten Buch gelten, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie allein aus staatlichen Steuermitteln finanziert werden, die Leistungen von staatlichen, meist nicht der Selbstverwaltung unterliegenden Behörden unabhängig von einer Mitgliedschaft für alle Personen erbracht werden, bei denen die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Beispiele für derartige staatliche Sozialleistungen sind das Kindergeld, das Wohngeld, die Sozialhilfe und das neu eingeführte so genannte Arbeitslosengeld II, wenn auch hier die Übergänge bisweilen fließend sind.

## **Gemeinsame Grundsätze, Begriffe und Verfahren in der Sozialversicherung**

### **Geltungsbereich und Umfang der Sozialversicherung**

#### **Die Versicherungszweige der Sozialversicherung**

6 Die Bundesrepublik Deutschland hat ein gegliedertes System der Sozialversicherung. Das bedeutet, dass für die einzelnen, durch die Sozialversicherung abzudeckenden sozialen Risiken unterschiedliche und voneinander unabhängige Träger dieser Versicherung bestehen. Versicherungszweige sind nach dem ausdrücklichen Wortlaut die Gesetzliche Krankenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung und die Soziale Pflegeversicherung. Die Einbeziehung der Altershilfe für Landwirte (nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) durch das Wort „einschließlich“ stellt klar, dass die gemeinsamen Vorschriften nicht von einer berufsbezogenen Gliederung der Sozialversicherung ausgehen. Demzufolge sind die so genannten berufsständischen

Versorgungswerke (vgl. Kapitel 14) nicht Teil der Rentenversicherung als Versicherungszweig. Das Künstlersozialversicherungsgesetz macht die selbständigen Künstler und Publizisten zu Versicherten der Kranken- und Rentenversicherung, so dass dieses Gesetz insgesamt Teil der Sozialversicherung ist. Die Arbeitslosenversicherung wird zwar nicht ausdrücklich als Versicherungszweig benannt, es handelt sich der Sache nach gleichwohl um Sozialversicherung. Was im Einzelnen zu den Bereichen der Versicherungszweige gehört, ergibt sich wiederum aus dem Ersten Buch Sozialgesetzbuch.

### **Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung**

7 Der personelle Geltungsbereich des SGB IV beruht auf dem grundsätzlich uneingeschränkten Jedermannsrecht auf Zugang zur Sozialversicherung des SGB I. Es bestehen zwei Formen der Mitgliedschaft in der Sozialversicherung: die Versicherungspflicht und die freiwillige Versicherung. Versicherungspflicht wird ohne weiteres Zutun des Betroffenen begründet, sobald die gesetzlichen oder satzungsmäßigen Voraussetzungen hierfür vorliegen. Versicherungspflicht ist deshalb antragsunabhängig und führt in der Regel zum Versicherungsschutz. Pflichtversichert wird man ohne Rücksicht auf seinen eigenen Willen. Die Pflichtversicherung ist deshalb eine Zwangsversicherung, die auch nicht ausgeschlossen werden kann. Die Versicherung besteht (mit Ausnahmen) selbst dann, wenn absichtlich keine Angaben und Meldungen an die Krankenkasse weitergeleitet werden und auch keine Beiträge gezahlt werden. Die Nichtabführung von Sozialversicherungsbeiträgen ist sogar ein Straftatbestand im Strafgesetzbuch.

Im Gegensatz dazu hängt es vom Willen des Einzelnen ab, ob er sich freiwillig versichern will, wenn er zum Kreis der Versicherungsberechtigten gehört. Im Gegensatz zur Pflichtversicherung kann die freiwillige Versicherung jederzeit aufgenommen und nach Belieben wieder beendet werden. Auch auf die Höhe der Beiträge hat der Versicherte dabei einen gewissen Einfluss. Versicherungsberechtigung kann durch freiwilligen Beitritt oder freiwillige Fortsetzung der Versicherung wahrgenommen werden. Wer dazu berechtigt ist, ergibt sich aus den einzelnen Versicherungszweigen. In der Krankenversicherung sind die Voraussetzungen hierfür relativ eng, so dass in nur wenigen Fällen ein freiwilliger Beitritt zur Versicherung möglich ist. In der Rentenversicherung kann

sich dagegen jedermann für Zeiten von der Vollendung des 16. Lebensjahres an freiwillig versichern. Diese unterschiedliche Behandlung in den verschiedenen Zweigen hat seine Berechtigung dadurch, dass in der Krankenversicherung grundsätzlich der Anspruch auf umfassende Leistungen besteht, während in der Rentenversicherung sich die Höhe der Renten wegen Alters grundsätzlich an den eingezahlten Beiträgen orientieren (Äquivalenzprinzip).

Eine Durchbrechung dieser prinzipiellen Zweigliederung zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung ist die Versicherungspflicht auf Antrag. So kann bspw. eine geringfügig beschäftigte Person unter Verzicht auf die Versicherungsfreiheit den jeweils vom Arbeitgeber zu zahlenden Beitrag auf die Höhe des regulären Beitragssatzes in der Rentenversicherung auf Antrag aufstocken und wird damit trotz an sich bestehender Versicherungsfreiheit pflichtversichert; dies gilt auch für die neu eingeführte geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt. Vergleichbares gilt für Seeleute, deren Schiff nicht die Bundesflagge führt, Entwicklungshelfer und Auslandsbeschäftigungen. Umgekehrt besteht in bestimmten Einzelfällen die Möglichkeit, die Pflichtversicherung auf Antrag zu verlassen: Dies gilt in der gesetzlichen Rentenversicherung für bestimmte Gruppen von selbständig Tätigen oder nichtdeutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die nicht in Deutschland wohnen. Einen anderen Weg ist man hierbei in der Kranken- (und zugleich Pflege-) und Arbeitslosenversicherung gegangen: Die nichtdeutschen Seeleute gehören seit Januar 2004 nicht mehr zum versicherten Personenkreis in diesen Zweigen der Sozialversicherung.

8 Das SGB IV enthält als gemeinsamen (pflicht-)versicherten Personenkreis Beschäftigte (Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind), behinderte Menschen, die in geschützten Einrichtungen beschäftigt sind, sowie die Landwirte.

Ob im Einzelfall tatsächlich Versicherungspflicht und Beitragspflicht bestehen oder ob ggf. Versicherungsfreiheit gegeben ist, ist nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige zu beurteilen. Der Kreis der Versicherten in den einzelnen Zweigen weicht zum Teil erheblich voneinander ab: so sind bspw. zahlreiche Gruppen von Selbständigen in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen, in die Krankenversicherung dagegen seit

1988 nicht mehr. Als jüngste Erweiterung wurde im Januar 2003 die Rentenversicherungspflicht der so genannten Ich-AG eingeführt.

## Das Territorialitätsprinzip

9 Das Territorialitätsprinzip besagt im völkerrechtlichen Sinn, dass staatliche Hoheitsgewalt nur innerhalb der räumlichen Grenzen des eigenen Hoheitsgebietes, also insbesondere auf dem Staatsgebiet ausgeübt werden darf. Für das Sozialrecht leitet sich daraus der Grundsatz ab, dass inländisches Recht nur inländische Sachverhalte erfasst, zumindest muss der für die Anwendung inländischen Rechts maßgebliche Anknüpfungspunkt im Inland liegen. Damit gelten die gemeinsamen Vorschriften des SGB IV grundsätzlich nur auf dem Territorium der Bundesrepublik Deutschland.

Territorialer Anknüpfungspunkt kann z. B. der Ort der Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit) sein, dies bezeichnet man als Beschäftigungsortprinzip. Andere Varianten sind das so genannte Wohnsitzprinzip und das in gewissem Gegensatz zum Territorialitätsprinzip stehende Personalitätsprinzip, das in Regelungen verwirklicht ist, die an persönliche Eigenschaften, insbesondere an die Nationalität anknüpfen. Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, mit Ausnahme der nicht deutschen Seeleute, die seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr zum versicherten Personenkreis gehören, sind mit Ausnahme der Lotsen im Inland beschäftigt, und zwar auch bei Aufenthalt in fremden Hoheitsgewässern einschließlich fremder Häfen; dies folgt aus dem so genannten Flaggenstaatsprinzip.

10 Die rechtliche Bedeutung des Territorialitätsprinzips besteht darin, dass, als jeweils über die anderen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht oder -berechtigung hinausgehende, zusätzliche Voraussetzung geprüft werden muss, ob die Beschäftigung im Inland ausgeübt wird. Damit ist aber nicht die Frage geregelt, unter welchen Voraussetzungen die Sozialversicherungsträger Leistungen erbringen, bspw. bei Entstehung des Versicherungsfalles oder Aufenthalt des Leistungsberechtigten im Ausland. Hierfür gelten besondere Regelungen. Das Territorialitätsprinzip gilt mit der oben genannten Einschränkung für nichtdeutsche Seeleute „für alle Personen“ so dass die deutsche Staatsangehörigkeit keine Voraussetzung ist.

Aus anderen Gründen als auf Grund einer Beschäftigung oder Tätigkeit können prinzipiell nur Personen versicherungspflichtig oder -berechtigt sein, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (vgl. § 30 SGB I) im Bundesgebiet haben. Wer jedoch im Bundesgebiet eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, bleibt versicherungspflichtig, auch wenn er im Ausland wohnt. Umgekehrt wird derjenige nicht vom deutschen Sozialversicherungsrecht erfasst, der zwar im Bundesgebiet wohnt, aber im Ausland beschäftigt ist.

Das Territorialitätsprinzip wird innerstaatlich von den Sonderregelungen der Ein- und Ausstrahlung durchbrochen; in besonderem Maße erfolgt eine solche Überlagerung innerstaatlicher Regelungen auch durch Koordinierungsvorschriften der Europäischen Union, etwa durch die Verordnung 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. Diese unmittelbar in allen Mitgliedstaaten mit Gesetzesrang geltende europäische Rechtsverordnung enthält zahlreiche Sonderregelungen zum Territorialitätsprinzip und zu der Frage, welche Rechtsregeln im Einzelfall anzuwenden sind, wenn das Recht mehrerer Mitgliedstaaten und das Gemeinschaftsrecht berührt sind.

### **Aus- und Einstrahlung**

*11* Die internationale Verflechtung der Wirtschaft, die Globalisierung der als Arbeitsleistung erbrachten Dienstleistungen und die im europäischen Raum immer weiter zurückgedrängten rein nationalen wirtschaftlichen Interessen bringen es mit sich, dass Beschäftigte ihre Arbeitsleistung nicht mehr allein im Inland erbringen, sondern entweder für ihren Arbeitgeber im Ausland tätig sind oder bei ausländischen Arbeitgebern im Inland oder Ausland. Es liegt im Interesse der Beschäftigten und der Sozialversicherung, während derartiger Auslandsaufenthalte den Schutz der deutschen Sozialversicherung nicht zu verlieren oder umgekehrt bei vorübergehender Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland nicht den Versicherungsschutz der auswärtigen sozialen Sicherung zu verlieren. Bis zum In-Kraft-Treten des SGB IV fehlte es an einer gesetzlichen Regelung für Entsendungen in das Ausland. Allerdings hatte die Rechtsprechung schon früh (das erste Urteil hierzu stammt aus dem Jahre 1885) die Notwendigkeit erkannt, die von inländischen Unternehmen vorübergehend in das

Ausland entsandten Arbeitnehmer weiterhin dem deutschen Sozialversicherungsschutz zu unterstellen. Unter dem Begriff „vorübergehend“ wurden zunächst drei, dann sechs, später dann 24 oder 36 Monate verstanden, bis in neuerer Zeit feste Zeitgrenzen aufgegeben wurden und insoweit nur noch darauf abgestellt wird, ob die Entsendung überschaubar befristet ist und der Arbeitnehmer nach Beendigung der Entsendung nach Deutschland zurückkehrt. In einigen Sozialversicherungsabkommen ist diese Frist mittlerweile auf 60 Kalendermonate und mehr ausgedehnt worden und kann sogar noch verlängert werden (bspw. SVA mit Japan oder den USA).

*12* Ausstrahlung bedeutet, dass die Vorschriften über die Versicherungspflicht und -berechtigung auch auf Beschäftigungen und entsprechend auf selbständige Tätigkeiten und Berufsausbildungen Anwendung finden, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuches ausgeübt werden, wenn im Bundesgebiet das Beschäftigungsverhältnis besteht und der Beschäftigte für eine im Voraus begrenzte Zeit von hier aus in das Ausland entsandt wird. Die Beschäftigung oder Ausbildung beruht in aller Regel rechtlich auf einem Arbeits- oder Ausbildungsvertrag. Dieser muss im Bundesgebiet abgeschlossen sein und während der Entsendung ins Ausland fortbestehen. Damit verbunden ist auch das Erfordernis, dass der Beschäftigte weiterhin den Weisungen des inländischen Arbeitgebers hinsichtlich Zeit, Ort und Art der Arbeitsausführung unterliegt. Typische Fälle sind bspw. Montagearbeiten, die bei der Errichtung großer Industrieanlagen auch mehrere Jahre andauern können. Das wichtigste Indiz für das Fortbestehen eines Beschäftigungsverhältnisses besteht darin, dass der inländische Arbeitgeber weiter das Arbeitsentgelt zahlt und vor allem Steuern und Sozialversicherungsbeiträge an das inländische Finanzamt bzw. die deutsche Krankenkasse abführt.

Keine Ausstrahlung liegt vor, wenn der Beschäftigte mit einem ausländischen Unternehmen einen eigenständigen Vertrag im Ausland abschließt, auch falls daneben der Arbeitsvertrag im Bundesgebiet nicht aufgelöst und gekündigt wird, sondern der inländische Arbeitgeber die auswärtige Beschäftigung sogar wünscht. In diesen Fällen fehlt es am Tatbestand der Entsendung bzw. dem Fortbestehen eines im Inland begründeten Arbeitsverhältnisses. Dasselbe gilt beim Abschluss von Arbeitsverträgen im Ausland mit eigenständigen Tochterunternehmen eines inländischen Konzerns, bei dem bis dahin die Be-

schäftigung ausgeübt wurde. Bei diesen so genannten Ortskräften fehlt ebenfalls das Merkmal der Entsendung. Die Entsendung wird dagegen nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Beschäftigung in mehreren ausländischen Staaten ohne zeitliche Unterbrechung nacheinander (z. B. in Ägypten, danach in Brasilien) für dasselbe Inlandsunternehmen ausgeübt wird, wenn der Beschäftigte vor Aufnahme der ersten Tätigkeit von Deutschland aus entsandt worden ist und die Auslandstätigkeit insgesamt befristet ist.

*13* Die wichtigste Rechtsfolge der Ausstrahlung ist, dass die Versicherungspflicht während des Auslandsaufenthaltes fortbesteht. Diese nationale Rechtsvorschrift bleibt jedoch ohne Einfluss auf die rechtlichen Bestimmungen im Ausland. Daher kann Versicherungspflicht sowohl im Bundesgebiet als auch im Ausland nach den dortigen Vorschriften gegeben sein. Dies wird durch die inländischen Regelungen nicht ausgeschlossen, weil u. a. nicht sichergestellt ist, dass die Versicherung im Ausland eine gleichwertige soziale Sicherung bietet. Um eine solche Doppelversicherung auszuschließen, bestehen mit den meisten Industrieländern, die vergleichbare Sozialsysteme haben und mit denen ein nicht unerheblicher Arbeitskräfteaustausch stattfindet, Sozialversicherungsabkommen (SVA), in denen vor allem geregelt ist, dass und wie die Versicherungszeiten in den verschiedenen Ländern zusammengerechnet werden können.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) in Luxemburg: Ein in den Niederlanden wohnender Beschäftigter wurde von einem Unternehmen mit Sitz in Deutschland eingestellt, das ihn sofort nach Thailand entsandte. Das deutsche Unternehmen hatte ihn in Deutschland versichert, die Niederlande als Wohnortstaat sahen den Beschäftigten ebenfalls als versicherungspflichtig an. Der EuGH hat hierzu entschieden, dass ein Beschäftigter jeweils nur in einem Staat versicherungspflichtig sein kann und die Versicherungspflicht in den Niederlanden verneint. Diese Entscheidung anerkennt insoweit auch das zuvor beschriebene Beschäftigungsortprinzip.

*14* Ausstrahlung ist auch möglich, wenn ein Arbeitnehmer zulässigerweise ins Ausland verliehen wird, was eine Genehmigung nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz voraussetzt, die nur für Arbeitnehmerüberlassungen in die Mitgliedstaaten der Europäischen Union erteilt wird. Bei unzulässiger

Arbeitnehmerüberlassung liegt dagegen keine Ausstrahlung vor.

*15* Wichtige Voraussetzung für die Ausstrahlung ist eine Entsendung. Eine solche liegt vor, wenn sich ein Beschäftigter, der bisher in der Bundesrepublik gewohnt, bzw. auch gearbeitet hat, auf Weisung seines Arbeitgebers mit Sitz in der Bundesrepublik in das Ausland begibt, um dort eine Beschäftigung unmittelbar für Zwecke dieses Arbeitgebers auszuüben. Die Entsendung setzt die physische Bewegung des Arbeitnehmers vom Inland in das Ausland voraus. Voraussetzung für eine Entsendung ist ferner, dass der Beschäftigte für die Dauer des Auslandseinsatzes weiterhin in das inländische Unternehmen eingegliedert bleibt. Damit muss bereits bei Beginn des Auslandseinsatzes feststehen, dass der Arbeitnehmer nach dem Ende des Auslandseinsatzes von dem Arbeitgeber weiterbeschäftigt wird.

Auch für versicherungspflichtige Selbständige können die Regelungen über die Ausstrahlung entsprechend Anwendung finden, wenn selbständige Tätigkeiten vorliegen, die zeitlich begrenzt außerhalb der Bundesrepublik ausgeübt werden und wenn der Schwerpunkt der rechtlichen und tatsächlichen Merkmale der selbständigen Tätigkeit im Inland liegt. Dies kann in einem zusammenwachsenden Europa zunehmend an Bedeutung erlangen, aber bspw. auch für die sich schnell verändernden Berufsfelder Neue Medien, e-commerce und alle mit der Informationstechnologie zusammenhängenden Dienstleistungsbereichen.

*16* Die Einstrahlung stellt das Gegenstück zur Ausstrahlung dar. Vom deutschen Sozialversicherungsrecht werden danach Personen nicht erfasst, die im Rahmen eines im Ausland fortbestehenden Beschäftigungsverhältnisses für eine von vornherein begrenzte Dauer in das Bundesgebiet entsandt werden. Ähnlich wie bei der Ausstrahlung sind mit der Einstrahlung zahlreiche rechtlich komplizierte Problemstellungen verbunden, weil einerseits das Bestreben der Sozialversicherung besteht, möglichst alle gegen Entgelt beschäftigte Personen versicherungspflichtig zu stellen, und andererseits der Wunsch der Arbeitgeber verständlich ist, Sozialversicherungsbeiträge, zumindest doppelt gezahlte, zu vermeiden. Um hier einen Ausgleich der Interessen zu erreichen, werden in zwischenstaatlichen Abkommen entsprechende Regelungen aufgenommen, die Wettbewerbsvorteile

durch Versicherungsfreiheit, aber auch unsinnige Doppelversicherungen ausschließen.

Die Tendenz, in diesen zwischenstaatlichen Regelungen die zeitlichen Grenzen für eine Ein- oder Ausstrahlung stark auszudehnen, verwischt aus der Sicht der Sozialversicherung zunehmend das Merkmal der „vorübergehenden“ Entsendung. Nach dem Abkommen mit Japan kann bspw. die dort vorgesehene Frist von 5 Jahren prinzipiell unbeschränkt verlängert werden, so dass hier theoretisch Entsendezeiten von 20 oder mehr Jahren noch als Ausstrahlung/Einstrahlung gelten, obwohl damit ein Großteil der Erwerbsbiografie erfasst wird, und das eigentliche Schutzziel der Sozialversicherung, die Erwerbstätigkeit in der inländischen Sozialversicherung abzusichern, in Einzelfällen durchaus nicht mehr gewährleistet sein kann.

### **Über- und zwischenstaatliches Recht, Sozialversicherung in der Europäischen Union**

17 Die gemeinsamen Vorschriften des SGB IV werden von den für die Bundesrepublik Deutschland geltenden über- und zwischenstaatlichen Regelungen durchbrochen, sofern diese vorsehen, dass auf Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten nicht die deutschen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht, sondern diejenigen eines EU-Mitgliedstaates, das europäische Gemeinschaftsrecht oder das Recht des Vertragsstaates bzw. nicht diese Rechtsvorschriften des über- und zwischenstaatlichen Rechts, sondern die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden sind. Abänderungen des deutschen Rechts können sich damit vor allem aus folgenden Rechtsquellen ergeben:

- Regelungen des europäischen Gemeinschaftsrechts, d. h. Vorschriften des von den Mitgliedstaaten der Europäischen Union gemeinsam beschlossenen Rechts;
- Regelungen aus zwischenstaatlichem Recht, das sind vorrangig Regelungen aus zwei- oder mehrseitigen völkerrechtlichen Verträgen (innerhalb des Sozialversicherungsrechts vorrangig in Form von Sozialversicherungsabkommen).

18 Auf der Grundlage des Unionsvertrages hat die Europäische Union eine Reihe von Verordnungen erlassen, die sich mit der Frage der Koordinierung der nationalen Systeme für die soziale Sicherheit befassen. Die in diesem Zusammenhang bedeutsamsten Regelungen sind die Verordnung 1408/71 und die

dazugehörige Durchführungsverordnung 574/72. Seit April 2004 gilt für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit die neue Verordnung 883/2004, die die vorgenannten Verordnungen stufenweise ablösen soll. Die Verordnungen des europäischen Gemeinschaftsrechts - also auch die genannten Koordinierungsvorschriften - gelten unmittelbar, ohne dass es einer Transformation in innerstaatliches Recht bedarf; ihnen kommt daher der Vorrang gegenüber dem innerstaatlichen Recht zu. Die einheitliche Auslegung dieser Normen für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union wird durch den Europäischen Gerichtshof in Luxemburg gewährleistet.

19 Die Verordnung 1408/71 grenzt den Geltungsbereich der verschiedenen nationalen Sozialsysteme in Übereinstimmung mit dem innerstaatlichen Recht nach dem Ort der Beschäftigung ab, wobei dieser Grundsatz für die Fälle der Entsendung modifiziert wird. Eine Unterscheidung zwischen Aus- und Einstrahlung ist auf europäischer Ebene nicht erforderlich, weil jeder Entsendungsfall für den einen Mitgliedstaat eine Ausstrahlung und für den anderen zugleich eine Einstrahlung darstellt. Die Entsendung ist auf Fälle beschränkt, in denen die Arbeit im anderen Staat voraussichtlich nicht länger als 12 Monate andauert. Wird diese Dauer überschritten, so ist eine Verlängerung der Entsendungswirkung für längstens weitere 12 Monate möglich, sofern die staatlichen Behörden zustimmen. Sonderregelungen gelten in der Verordnung für die Krankenversicherung der so genannten Grenzgänger.

20 Zahlreiche internationale Konventionen und völkerrechtliche Verträge befassen sich (neben dem europäischen Gemeinschaftsrecht) auch mit sozialrechtlichen Fragen. Zu nennen sind hier bspw. die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte oder die Europäische Sozialcharta. Diese Deklarationen und Konventionen wenden sich jedoch nur an die Unterzeichnerstaaten, durch die sich die Staaten wiederum verpflichten, ihre nationalen Rechtsordnungen entsprechend anzupassen, soweit dies erforderlich ist. Der Einzelne kann hieraus jedoch weder Ansprüche noch Rechte ableiten. Eine besondere Form der internationalen Konventionen stellen dabei die Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO/ILO/OIT) dar. In diesen Übereinkommen werden Mindeststandards für bestimmte Arbeits-/Sozialbereiche festgelegt, die sich die ratifizierenden Staaten einzuhalten verpflichten. Im Einzelfall



können auch aus diesen Übereinkommen Rechte und Pflichten der einzelnen Bürger begründet werden, bspw. aus dem Übereinkommen Nr. 19 betreffend die Entschädigung bei Betriebsunfällen.

21 Die wichtigsten Rechtsquellen im internationalen Sozialrecht sind jedoch die zwei- oder mehrseitigen Abkommen, die insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsrechts zwischen der Bundesrepublik und einer großen Zahl anderer Staaten geschlossen worden sind. Regelmäßig enthalten diese Abkommen auch Vereinbarungen über die Abgrenzung des Anwendungsbereiches der nationalen Sozialversicherungsordnung, ferner sind regelmäßig Regelungen über die Aus- und Einstrahlung enthalten. Sofern daher ein Sozialversicherungsabkommen mit einem Staat besteht, ist zunächst zu prüfen, ob dieses Abkommen eine konkrete zeitliche Ausgestaltung der zeitlich unbestimmten Regelungen des SGB IV enthält. Einige Abkommen, z. B. mit Israel, enthalten jedoch keine solchen zeitlichen Grenzen. In den letzten Jahren sind zahlreiche neue Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen worden, so mit Japan, Südkorea, China, Australien, der Tschechischen Republik und der slowakischen Republik; zum 1. Januar 2005 ist das SVA mit Mazedonien in Kraft getreten. Mit Rumänien sind die Verhandlungen zwischenzeitlich abgeschlossen, das Abkommen soll – vorbehaltlich des Gesetzgebungsverfahrens – im Sommer 2006 in Kraft treten. Derzeit werden Verhandlungen mit Russland und der Ukraine geführt. In Vorbereitung befinden sich eine Revision des Abkommens mit der Türkei und ein Zusatzabkommen mit Australien, ferner ist vorgesehen, Verhandlungen mit Brasilien aufzunehmen.

22 Sozialversicherungsabkommen können auch zwischen mehreren Staaten abgeschlossen werden; ein Beispiel dafür ist das Rheinschiffer-Abkommen aus den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Nach diesem Abkommen richtet sich das Sozialversicherungsrecht nach dem Recht des Staates, in dem das Beschäftigungsunternehmen seinen Sitz hat. Die Neufassung dieses Abkommens wurde 1980 von der Bundesrepublik unterzeichnet. Ein weiteres Beispiel für mehrseitige Abkommen ist bspw. das Zusatzabkommen zum NATO-Truppenstatut oder das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 2. September 2001.

## Beschäftigung und selbständige Tätigkeit

### Versicherter Personenkreis

23 Es wäre wünschenswert gewesen, die Beschreibung der versicherungspflichtigen bzw. -berechtigten Personenkreise im SGB IV zusammen für alle Versicherungszweige vorzunehmen. Dies konnte wegen der großen Unterschiede in den einzelnen Zweigen jedoch nicht realisiert werden. Deshalb ist für jeden Zweig der Sozialversicherung ein anderer versicherter Personenkreis entstanden, der den jeweiligen Teilen des Sozialgesetzbuchs zumeist vorangestellt ist. Ausführungen hierzu finden sich in den Kapiteln zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung. Die Aufzählung des versicherten Personenkreises in § 2 SGB IV hat deshalb genau genommen nur erläuternden Charakter.

Als in allen Zweigen versicherte Personen sind in den gemeinsamen Vorschriften neben den Beschäftigten vor allem die in geschützten Einrichtungen beschäftigten behinderten Menschen und die Landwirte genannt. Daneben ist die Antragspflichtversicherung der Seeleute geregelt, deren Schiffe nicht die deutsche Flagge führen dürfen.

### Begriff der Beschäftigung

24 Der Begriff der Beschäftigung ist einer der zentralen Grundbegriffe des Sozialversicherungsrechts. Die Beschäftigung ist Anknüpfungspunkt für die Sozialversicherung; Beschäftigte sind in allen Zweigen der Sozialversicherung nach Maßgabe der besonderen Vorschriften in den Versicherungszweigen versichert. Die Beschäftigung ist damit in allen Bereichen der Sozialversicherung auch notwendige Voraussetzung für die Zugehörigkeit zum Kreis der Versicherten und der in der Folge der Versicherung auch Leistungsberechtigten. Mit dieser Anknüpfung der Sozialversicherung wird die traditionelle Zielsetzung der Versicherung erreicht, nämlich die abhängig arbeitende Bevölkerung bzw. den unselbständigen Erwerbstätigen den Schutz der Versicherung zwangsweise zugute kommen zu lassen. Auch wenn der Kreis der Versicherten heute in vielen Bereichen über diese klassische Versichertengruppe hinausgeht, bleibt die Beschäftigung - begrifflich auch im internationalen und supranationalen Recht - von grundlegender Bedeutung.



## Beschäftigung und Arbeitsverhältnis

25 Das Sozialgesetzbuch Viertes Buch bezeichnet die Beschäftigung als die nichtselbständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Diese von seinen Voraussetzungen her zunächst sehr offene Regelung ist 1999 durch eine Erläuterung ergänzt worden, wonach Anhaltspunkte für eine Beschäftigung eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers sind. Auf Grund der Beschäftigung entsteht ein Beschäftigungsverhältnis. Beschäftigung ist die tatsächliche Arbeitsleistung, das physische Arbeiten. Ein Beschäftigungsverhältnis entsteht, wenn eine tatsächliche Beschäftigung aufgenommen wird. Es bleibt aber auch bei Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeit bestehen, solange das Ende der Unterbrechung nach Möglichkeit absehbar ist, die Beteiligten das Beschäftigungsverhältnis fortsetzen wollen, der Beschäftigte grundsätzlich auch bereit ist, seine Arbeitsleistung nach der Unterbrechung wieder zu erbringen, der Arbeitgeber die Weisungsgebundenheit behält und vor allem der Beschäftigte weiterhin in den Betrieb eingegliedert ist. In Zeiten, in denen tatsächlich nicht gearbeitet wird, bleibt das Beschäftigungsverhältnis daher bestehen. Somit besteht die Beschäftigung auch in Zeiten während des Urlaubs oder der auf Krankheit beruhenden Arbeitsunfähigkeit, solange jedenfalls der Lohn weitergezahlt wird oder Lohnersatzleistungen wie Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall gewährt werden. In diesem Zusammenhang sind moderne und neue Formen der Beschäftigung wie Job-Sharing, flexible Arbeitszeiten und Altersteilzeitmodelle sozialversicherungsrechtlich immer dann problematisch, wenn in Zeiten der fehlenden Beschäftigung nicht kontinuierlich Lohn gezahlt wird oder für größere Zeiträume - etwa auch vor dem Altersruhestand - möglicherweise gar keine Beschäftigung mehr vorliegt.

26 Der sozialversicherungsrechtliche Begriff der Beschäftigung regelt das Verhältnis zum Arbeitsrecht in zweifacher Weise: Zum einen wird klargestellt, dass in der Regel ein wirksames Arbeitsverhältnis zur sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigung führt, und zwar auch in den Fällen des so genannten faktischen Arbeitsverhältnisses oder des missglückten Arbeitsversuches. Zum anderen macht die Regelung in den gemeinsamen Vorschriften des öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungsrechts deutlich, dass der Begriff der Beschäftigung auch in Fällen anwendbar sein kann, in denen kein privatrechtlich strukturiertes

Arbeitsverhältnis vorliegt. Insoweit ist der Begriff der Beschäftigung der weitergehende. Dies wird bedeutsam in den Fällen, in denen regelmäßig kein Arbeitsverhältnis vorliegt, etwa bei ehrenamtlicher Tätigkeit oder bei mithelfenden Familienangehörigen, hier aber die Sozialversicherung möglicherweise zur Annahme einer Beschäftigung kommt. Das Beschäftigungsverhältnis ist im Übrigen im Gegensatz zum zweiseitigen und privatrechtlichen Arbeitsverhältnis ein öffentlich-rechtlich gestaltetes Dreiecksverhältnis zwischen Arbeitnehmer, Arbeitgeber und dem Sozialversicherungsträger.

27 Der Begriff der Beschäftigung ist juristisch ein offener Begriff, dessen Voraussetzungen im Einzelnen geprüft und festgestellt werden müssen. Dies gilt auch für den 1999 angefügten Satz 2 in § 7 SGB IV, wonach eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers als Anhaltspunkte für eine Beschäftigung anzusehen sind. Für eine Beschäftigung ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die persönliche - nicht die wirtschaftliche - Abhängigkeit des Beschäftigten gegenüber einem Arbeitgeber oder Dienstherrn maßgebend, die ihren wesentlichen Ausdruck in der Eingliederung in den Organismus eines Betriebes oder einer Verwaltung, in der Dienstbereitschaft und in der Verfügungsbefugnis des Arbeitgebers oder Dienstherrn findet. Für diese nur an den tatsächlichen Verhältnissen ausgerichtete Zuordnung ist weder die Erzielung eines Arbeitsentgeltes konstitutives Merkmal noch hängt diese Entscheidung davon ab, zu welchem Zweck und aus welchen Motiven der Beschäftigte die abhängige Tätigkeit verrichtet. Damit sind auch ehrenamtliche Helfer oder nebenamtliche Bürgermeister mit Verwaltungsaufgaben als Beschäftigte im Sinne der Sozialversicherung anzusehen. Eine Eingliederung liegt vor, wenn der Beschäftigte verpflichtet ist, Weisungen des zur Verfügung über seine Arbeitskraft befugten Arbeitgebers oder Dienstherrn zu befolgen, die sich auf Zeit, Dauer, Ort, Inhalt oder Gestaltung (Ausführung) seiner Tätigkeit beziehen. Dabei können Weisungsgebundenheit und Direktionsrecht bei abhängiger Beschäftigung auch stark eingeschränkt sein oder sogar gänzlich fehlen, bspw. bei einem Chefarzt oder einem Syndikusanwalt.

28 Im Normalfall bereitet die Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit keine Schwierigkeiten. Der soziale Sachverhalt Beschäftigung ist so typisch, dass in den weitaus

meisten Fällen keine genauere begriffliche Festlegung erforderlich ist. Für den typischen Lebenssachverhalt kommt es normalerweise nur darauf an, dass ein Arbeitnehmer im Dienste eines anderen, des Arbeitgebers, arbeitet. Das bedeutet vor allem zweierlei:

- Der Arbeitgeber behält sich vor, innerhalb eines gewissen Rahmens Inhalt, Zweck, Art und Weise der Arbeit sowie die Arbeitszeit näher zu bestimmen und zu diesem Zweck dem Arbeitnehmer Weisungen zu erteilen.
- Der unmittelbare Arbeitserfolg kommt dem Arbeitgeber zugute. Der Arbeitnehmer arbeitet also auf fremde Rechnung. Der Arbeitgeber trägt die Verantwortung und das wirtschaftliche Risiko für Produktion und Absatz, also auch dafür, dass die Arbeit letztlich auch wirtschaftlich effektiv ist. Dadurch ist die Entlohnung oder Vergütung des Arbeitnehmers vom unmittelbaren wirtschaftlichen Erfolg der Arbeit zumindest weitgehend unabhängig.

29 Problematisch ist in der Praxis die Abgrenzung der Grenzfälle zwischen Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit. In bestimmten problematischen Fällen kann die Beurteilung nur an Hand von Indizien erfolgen: Ein wichtiges Indiz ist immer der Umfang der Weisungsgebundenheit. Je mehr der Beschäftigte den Anordnungen des Arbeitgebers Folge leisten muss, wann, was und wie gearbeitet wird, desto mehr spricht für eine Beschäftigung. Auf der anderen Seite kann das Weisungsrecht auch stark gelockert sein, ohne dass die persönliche Abhängigkeit entfiele, etwa bei dem erwähnten Chefarzt: So muss der im Krankenhaus angestellte Chefarzt eigenverantwortlich und selbständig entscheiden, ob und wann er welche medizinisch-therapeutische Behandlung durchführt und er unterliegt insoweit auch keinen Weisungen. Andererseits dürfen vertragliche Vereinbarungen auch nicht mit Weisungen verwechselt werden. Bestimmt bspw. ein Bauherr gegenüber dem Architekten, wie viele Zimmer sein Haus haben soll und wie die Fenster zu gestalten sind, dann handelt es sich nicht um Weisungen, sondern um vertragliche Ausgestaltungen des Architektenvertrages; der Architekt wird dadurch nicht zum Angestellten des Bauherrn.

30 Ein weiteres wesentliches Indiz einer Beschäftigung ist die Eingliederung in einen Betrieb, wenn der Beschäftigte sich also in eine vorgegebene, über-

geordnete Struktur einfügen muss, die er selbst nicht festlegen kann. Das ist insbesondere der Fall, wenn die Tätigkeit nicht ohne Inanspruchnahme der Einrichtungen und des Personals des Arbeitgebers, also in einem fremden Betrieb, ausgeübt werden kann. So ist auch ein Geschäftsführer einer GmbH in der Regel Beschäftigter, auch wenn er Arbeitgeberfunktionen ausübt. Voraussetzung für eine sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung ist vorrangig, dass dem Geschäftsführer die Einrichtungen des Betriebes nicht als Gesellschafter selbst gehören. Sobald ihm mehrheitlich die Gesellschafteranteile gehören und er somit Haupteigentümer der Betriebseinrichtungen ist und er über die Struktur der Gesellschaft unabhängig von anderen bestimmen kann, ist er als Selbständiger und nicht als abhängig Beschäftigter anzusehen.

31 In der Praxis der Bundesagentur für Arbeit kommt immer wieder der Fall vor, dass Arbeitgeber für im Betrieb mitarbeitende Ehegatten oder sonstige enge Familienangehörige und ohne genaue Prüfung des Status der Betroffenen jahrelang Beiträge zur Sozialversicherung, insbesondere Arbeitslosenversicherung, abführen. Erst bei Verlust der Erwerbstätigkeit der Betroffenen stellt sich dann besonders bei Handwerksbetrieben im Nachhinein heraus, dass keine Ansprüche auf Arbeitslosengeld bestehen, weil die Familienangehörigen gar keine abhängig Beschäftigten, sondern Mitinhaber des Familienbetriebes gewesen sind. In der Rentenversicherung hat sich in der Vergangenheit dieses Problem deshalb nicht gestellt, weil nach einer Vorschrift des SGB IV bei einer Arbeitgeberprüfung nicht beanstandete und gezahlte Beiträge zur Rentenversicherung als zu recht entrichtete Pflichtbeiträge gelten.

Das gleiche Problem tritt auch bei GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführern auf, wenn diese gleichzeitig mit einer nicht unerheblichen Beteiligung an der Stammeinlage beteiligt sind. Bisher stand den Betroffenen die Möglichkeit offen, Entscheidungen der Einzugsstelle oder der Rentenversicherung über das Vorliegen der Versicherungspflicht zur Bundesagentur herbeizuführen und eine leistungsrechtliche Bindung der Arbeitsverwaltung an diese Entscheidung zu beantragen. Diese Möglichkeit ist jedoch auf Grund ihrer unbefriedigenden Ausgestaltung in der Praxis nahezu ungenutzt geblieben.

Um die unbefriedigende Rechtslage zu verbessern, sind mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt einige Rechtsänderun-

gen zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Zunächst wurden die Meldevorschriften so ergänzt, dass der Arbeitgeber zukünftig in der Meldung angeben muss, ob der angemeldete Beschäftigte zu ihm in einer Beziehung als Ehegatte, Lebenspartner, Verwandter oder Verschwägerter in gerader Linie bis zum zweiten Grad steht, oder ob er als geschäftsführender Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung tätig ist. Macht der Arbeitgeber diese Angaben in der Meldung, muss die Einzugsstelle nunmehr zwingend ein Clearingstellenverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DR Bund, frühere BfA) beantragen (Rdnr. 68). Die DR Bund muss dann entscheiden, ob eine abhängige Beschäftigung vorliegt. Stellt die DR Bund die Sozialversicherungspflicht durch Verwaltungsakt fest, ist die Bundesagentur für Arbeit an diese Feststellungen leistungsrechtlich gebunden. Selbst wenn durch dieses neue Verfahren in einigen Problemfällen zukünftig eine höhere Rechtssicherheit gegeben sein wird, ist die gezwungene Offenlegung verwandtschaftlicher oder partnerschaftlicher Verhältnisse im Rahmen eines Meldeverfahrens zur Sozialversicherung nicht frei von Bedenken, unabhängig von dem Mehraufwand für Bürokratie für das zwingende Clearingstellenverfahren angesichts der geringen Zahl von Betroffenen von einigen Tausend Personen im Verhältnis zu mehr als 100 Mio. Meldungen jährlich in der Sozialversicherung.

32 Den Lebenssachverhalt abhängige Beschäftigung gibt es heute in sämtlichen Ländern mit industrieller Produktion, unabhängig von der Wirtschafts- und Gesellschaftsform, also sowohl in den marktwirtschaftlich orientierten wie in den sozialistischen Staaten. Die Begriffe Beschäftigung und (Nicht-)Selbständigkeit erscheinen auch im internationalen wie im supranationalen Sozialrecht und sind insbesondere im europäischen Gemeinschaftsrecht einheitlich auszulegen, wobei wesentliche Unterschiede zum deutschen Recht ohnehin nicht ersichtlich sind.

33 Damit ist festzustellen, dass der Begriff der Beschäftigung ein seit Jahrzehnten von der Praxis und der Rechtsprechung entwickelter Begriff ist, der sich auf Grund seiner vielschichtigen Struktur und der stetigen inhaltlichen Entwicklung mit einiger Wahrscheinlichkeit wohl auch nicht vom Gesetzgeber normieren ließe. Deshalb entscheidet die Frage, ob ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt oder nicht, nicht der Beschäftigte oder sein Arbeitgeber, sondern grundsätzlich in einem öffentlich-rechtlichen Verwaltungsverfahren

die zuständige Einzugsstelle (Krankenkasse), die rechtsverbindlich die Versicherungspflicht und Beitragshöhe in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung durch Verwaltungsakt feststellt. Neben den Krankenkassen sind nur noch die Rentenversicherungsträger zu dieser Feststellung befugt, und zwar bei der so genannten Arbeitgeberprüfung. Soweit deren Rechtsauffassung nicht geteilt wird, steht der Rechtsweg zu den Sozialgerichten offen.

Der Grund für die allgemeine und sehr weit reichende Sozialversicherungspflicht ist die vom grundgesetzlichen Sozialstaatsgebot ausgehende Verpflichtung für den Gesetzgeber, einen weitgehenden Sozialschutz für alle Bürger zu schaffen und zu gewährleisten. Das ist aber nur dann möglich, wenn grundsätzlich alle Arbeitnehmer und ihnen vergleichbare Bevölkerungsgruppen sowie die Arbeitgeber gemeinsam und solidarisch durch Beitragszahlungen ihren Anteil erbringen und Ausnahmen in Form der Sozialversicherungsfreiheit nur in besonders gelagerten Fällen bestehen. Im Lichte dieses Verfassungsauftrages wäre es nur schwer zu begründen, wenn der Gesetzgeber einer Erosion oder schleichenden Auflösung der Sozialversicherung untätig gegenübersteht.

### Selbständige Tätigkeit

34 Der sozialversicherungsrechtliche Gegenpart zur abhängigen Beschäftigung ist – ähnlich wie im Steuerrecht – die selbständige Tätigkeit. Die selbständige Tätigkeit wird im Sozialgesetzbuch nicht definiert, so dass sie im Umkehrschluss zur abhängigen Beschäftigung ermittelt und abgegrenzt werden muss. Im Vordergrund steht bei der Selbständigkeit die Selbstbestimmtheit der Arbeit. Der selbständig Tätige ist hinsichtlich des Arbeitsortes, der Arbeitszeit, der Arbeitsfolge und der Art und Weise der Arbeitsausführung grundsätzlich persönlich unabhängig. Er ist damit in der Verfügung über die eigene Arbeitskraft frei, wie es im Handelsgesetzbuch für die selbständigen Handelsvertreter festgelegt ist. Der Selbständige arbeitet für eigene Rechnung und trägt auch das wirtschaftliche Risiko der Verwertbarkeit seiner Arbeitsleistung.

35 Ein wichtiges Indiz für die Selbständigkeit ist das Vorliegen eines wirtschaftlichen Risikos, das so genannte Unternehmerrisiko. Wer eigenes Geld oder Arbeit einsetzt, ohne sicher zu sein, ob und wann er daraus Gewinn erwirtschaften kann oder Verlust machen wird, ist in der Regel frei in der Gestaltung

seiner Tätigkeit. Besteht die selbständige Tätigkeit in der Vermittlung von Kenntnissen oder Fertigkeiten, reicht es aus, dass der Betreffende ohne feste Monatsvergütung oder Mindestgarantie arbeitet, z. B. auf den Ertrag seiner Unterrichtsstunden angewiesen ist und nicht fest in das Bildungsinstitut eingegliedert ist. Für den Bereich der in die Handwerksrolle eingetragenen Handwerker und die Angehörigen der freien Berufe ist die Abgrenzung meist unproblematisch, kann aber im Einzelfall durchaus schwierig sein. So kann ein Handwerker selbst Inhaber eines Betriebes sein, aber auch als angestellter Handwerker tätig werden. Vergleichbares gilt für einen Rechtsanwalt oder Architekten, die beide sowohl selbständig als auch abhängig beschäftigt tätig sein können.

36 Weitere weniger wichtige Anhaltspunkte können in Folgendem bestehen:

- Die Tatsache, dass der Tätige seine ganze Arbeitskraft nur einem Berechtigten schuldet, spricht für eine Beschäftigung. Für Selbständige ist typisch, dass sie mehrere Kunden, Mandanten oder Auftraggeber haben. Wird der Selbständige nur für einen Auftraggeber tätig, kann dies ein Indiz für das Vorliegen von Scheinselbständigkeit sein bzw. kann dies bei der Annahme gegebener Selbständigkeit zur Rentenversicherungspflicht für diesen „arbeitnehmerähnlichen Selbständigen“ führen.
- Die Bezeichnung im Vertrag als Angestellter oder Arbeiter lässt auf eine Beschäftigung, die Bezeichnung als freier Mitarbeiter eher auf Selbständigkeit schließen, wengleich die alleinige Bezeichnung der Vertragsparteien meist wenig Aufschluss über die tatsächlichen Verhältnisse gibt. So kann die Befolgung von Weisungen auch Bestandteil einer selbständigen Tätigkeit sein.
- Führt der Arbeitgeber/Auftraggeber Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge vom Entgelt ab, wird dies meist für eine Beschäftigung sprechen, wobei die hierüber entscheidende Krankenkasse an die Entscheidungen des Arbeitgebers nicht gebunden ist.

Insgesamt kommt es für die Beurteilung, ob eine selbständige Tätigkeit vorliegt, ebenso auf alle Umstände des Einzelfalls an wie bei der Einordnung einer Tätigkeit als Beschäftigung. Weist eine Tätigkeit sowohl Merkmale der Beschäftigung wie der Selbständigkeit auf, so kommt es darauf an, welche

Merkmale im Gesamtbild überwiegen. Dabei sind nur die wirklichen Umstände maßgeblich, unter denen die Arbeit verrichtet wird. Eine vertragliche Vereinbarung, die Tätigkeit solle im Rahmen eines Werkvertrages erfolgen, ist dann unbeachtlich, wenn in Wirklichkeit der Beschäftigte weisungsgebunden und in den Betrieb eingegliedert ist. Auch wenn die Vertragsparteien die Tätigkeit als Selbständigkeit vereinbaren, um bspw. die Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen zu umgehen, kann nach den tatsächlichen Gegebenheiten dennoch eine Beschäftigung und ggf. Versicherungs- und Beitragspflicht in der Sozialversicherung gegeben sein.

37 Schwierigkeiten kann auch die Einordnung so genannter freier Mitarbeiter bei Rundfunk und Fernsehen, von Vertretern und selbständigen Handelsvertretern sowie von Dozenten an Volkshochschulen oder weiterführenden Schulen bereiten.

38 Die Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit hat insbesondere Bedeutung für die Einbeziehung in die Sozialversicherung. Während grundsätzlich alle Beschäftigten in alle Zweige der Sozialversicherung eingebunden sind, ist der Selbständige abgesehen von einigen Ausnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Sicherung der freien Berufe weitgehend versicherungsfrei. Die Einbeziehung der so genannten arbeitnehmerähnlichen Selbständigen in die Rentenversicherung anlässlich der gesetzlichen Regelungen zur Scheinselbständigkeit war insoweit sozialpolitisch schwer abzugrenzen und musste deshalb auch sorgfältig begründet werden. Bei der Einführung der so genannten Ich-AG durch die Umsetzung des Hartz-Konzeptes war dagegen die Einbeziehung dieser selbständigen Tätigkeit in den Kreis der Rentenversicherungspflichtigen unproblematisch.

### **Berufsbildung und Betriebliche Berufsbildung**

39 Berufsbildung ist ein umfassender Begriff, der die Berufsausbildung, die berufliche Fortbildung und die berufliche Umschulung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes umfasst. Diese Berufsbildungsverhältnisse sind zwar keine Arbeitsverhältnisse, gelten in der Sozialversicherung jedoch auch als Beschäftigung.

Die Berufsbildung erfasst nur die Vermittlung der für den jeweiligen Beruf erforderlichen und geeigneten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Berufsunspezifische, allgemeinbildende Veranstaltungen

staats- oder parteipolitischer oder gewerkschaftlicher Art gehören nicht dazu.

Die Berufsausbildung soll eine breit angelegte berufliche Grundbildung, die für die Ausübung des späteren Berufs notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse und den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen ermöglichen. Die Berufsausbildung ist in derselben Berufsrichtung regelmäßig nur die erste, zu einem Abschluss führende Bildungsmaßnahme.

40 Die berufliche Fortbildung soll die beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten erhalten, erweitern und der Entwicklung anpassen. Sinn der Fortbildung ist es, weitere Qualifikationen zu vermitteln und damit zu einer beruflichen Mobilität und einem beruflichen Aufstieg beizutragen. Die berufliche Umschulung soll die notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen für einen anderen Beruf vermitteln und damit den Übergang in eine andere geeignete berufliche Tätigkeit ermöglichen.

41 Zur Berufsbildung im Sinne der Sozialversicherung gehört nicht die Ausbildung an allgemeinbildenden Schulen oder an Universitäten und Fachhochschulen sowie auf der anderen Seite auch nicht das Anlernen eines Beschäftigten im Rahmen seines Arbeitsvertrages. Die Versicherungspflicht während der Berufsbildung ist in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung jeweils gesondert geregelt.

In den letzten Jahren bereitet sozialversicherungsrechtlich die Zuordnung so genannter dualer Studiengänge vermehrt Schwierigkeiten. Dies sind Studien an einer Fachschule oder Fachhochschule, bei der der Student aber gleichzeitig in einem festen Beschäftigungsverhältnis in dem studierten Bereich tätig ist. Nach einer einheitlichen Festlegung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung sollen diese Bildungsgänge auf Grund ihres vorrangig von einer Beschäftigung geprägten Ablaufs auch durchgängig als Beschäftigung im Sinne der Sozialversicherung angesehen werden.

### **Freiwilligkeit der Beschäftigung**

42 Nur die freiwillig, in der Regel auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder eines vergleichbaren Vertrages erbrachte nichtselbständige Arbeit ist eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. An der Freiwilligkeit fehlt es, wenn die Arbeit auf Grund einer gesetzlichen Pflicht, bspw. bei Familienangehörigen, in einem besonderen Gewaltverhältnis, wie bei Strafgefangenen, Sicherungsverwahrten oder in einer

sozialtherapeutischen Anstalt Untergebrachten oder sonst kraft obrigkeitlichem Zwang geleistet wird, etwa bei Zwangsarbeitern oder bei KZ-Häftlingen. Teilweise besteht in derartigen Fällen Sozialversicherungsschutz kraft besonderer Vorschriften in einzelnen Zweigen der Sozialversicherung; in der Rentenversicherung bestehen zahlreiche Sondergesetze und -regelungen.

## **Besondere Formen der Beschäftigung**

### **Geringfügige Beschäftigung**

43 Auch nach der Reform von 1999 ist die geringfügige Beschäftigung (§ 8 SGB IV) weiterhin Gegenstand sozial-, arbeitsmarkt- und gleichstellungspolitischer Diskussionen, wenn auch mit gewissen Akzentverschiebungen. Ausgelöst durch verschiedene parlamentarische Initiativen, insbesondere durch die Ergebnisse der Hartz-Kommission, wurde Ende 2002 die geringfügige Beschäftigung erneut grundlegend geändert und reformiert.

44 Die sozialversicherungsfreie Beschäftigung ist fast so alt wie die Sozialversicherung Deutschlands. Es gibt sie, in immer wieder modifizierter Form, bereits seit 1893. Der Begriff wurde allerdings erst durch das Vierte Buch Sozialgesetzbuch im Jahre 1977 geprägt. In den folgenden Jahren ist die Geringfügigkeitsgrenze mehrfach verändert worden, zumeist verbunden mit Einschränkungen der Geringfügigkeitsgrenze. Zu unterscheiden sind dabei die geringfügigen Dauerbeschäftigungen und die kurzfristigen Beschäftigungen. Beiden ist gemeinsam, dass geringfügig Beschäftigte auf Grund der besonderen Vorschriften für die einzelnen Sozialversicherungszweige in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung grundsätzlich versicherungsfrei sind. Besonderheiten sind zu berücksichtigen, wenn mehrere Beschäftigungen ausgeübt werden. Für die gesetzliche Unfallversicherung ist die Geringfügigkeitsgrenze ohne Belang, da in ihr jede Beschäftigung, gleich welchen Umfangs, versichert ist.

45 Mit der Neuregelung von 1999 wurden erstmals ca. 4 Mio. ausschließlich geringfügig Beschäftigte in den Schutz der Sozialversicherung einbezogen. Insbesondere für Frauen hat die Möglichkeit der freiwilligen Aufstockung der Rentenversicherungsbeiträge durch den Verzicht auf die Versicherungsfreiheit, der für einige Personengruppen erst die Voraussetzung



für den Zugang zur staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge schafft, eine wichtige Rahmenbedingung im Hinblick auf die eigenständige Altersvorsorge geschaffen. So hat es im Dezember 2005 ca. 4,7 Mio. ausschließlich geringfügig Beschäftigte und ca. 1,7 Mio. geringfügig Nebentätige gegeben. Davon haben mehr als 140.000 Personen die Rentenbeiträge aufgestockt, über 80% davon Frauen. Interessant ist, dass der Umfang der geringfügigen Beschäftigung seit 2004 insgesamt rückläufig ist, was auf eine Sättigung dieses Segments der Beschäftigung schließen lässt.

46 Das Gesetz von 1999 stieß auf heftige Kritik der Wirtschaft, insbesondere von Zeitungs- und Anzeigenblattverlagen, der Landwirtschaft sowie dem Hotel- und Gaststättenbereich, und wurde auch vor dem Bundesverfassungsgericht angegriffen. Die daraufhin von der Bundesregierung eingesetzte Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ unter Leitung von Dr. Peter Hartz hat im August 2002 ein Gesamtkonzept zur Modernisierung des deutschen Arbeitsmarkts vorgelegt. Im Bereich der geringfügigen Beschäftigung konzentriert sich das Konzept zunächst auf die Beschäftigung in Privathaushalten. Die Kommission führt dazu aus, dass in etwa 3,5 Mio. Haushalten Beschäftigungen ausgeübt würden, dagegen jedoch nur ca. 40.000 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse angemeldet seien.

47 Die Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission zu den Mini-Jobs erfolgte mit dem Entwurf eines Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, die allerdings im Vermittlungsverfahren auch auf die allgemeinen geringfügigen Beschäftigungen neben denen in Privathaushalten ausgeweitet wurden. Die Regelungen zu den Mini-Jobs und die Änderungen zur geringfügigen Beschäftigung sind am 1. April 2003 in Kraft getreten und brachten folgende Änderungen:

- Die Arbeitsentgeltgrenze für alle geringfügigen Beschäftigungen wurde von 325 Euro auf 400 Euro angehoben.
- Die 15-Stunden-Arbeitszeitgrenze wurde gestrichen.
- Der Arbeitgeber zahlt Pauschalabgaben in Höhe von 25%; davon:
  - 12% zur gesetzlichen Rentenversicherung (mit Aufstockungsoption für Arbeitnehmer),

- 11% zur gesetzlichen Krankenversicherung und

- 2% einheitliche Pauschalsteuer mit Abgeltungswirkung (einschließlich Kirchensteuer und Solidar-Zuschlag).

- Eine geringfügige Nebenbeschäftigung ist für den Arbeitnehmer beitragsfrei, wenn er eine nicht geringfügige sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt.

- Die Steuerpflicht für geringfügige Beschäftigungen wird grundsätzlich wieder eingeführt. Der Arbeitgeber kann für geringfügig Beschäftigte, für die er Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlt und für geringfügig Beschäftigte, die auf die Versicherungsfreiheit verzichtet haben, unter Verzicht auf die Vorlage einer Lohnsteuerkarte einen einheitlichen Pauschalsteuersatz von 2% des Arbeitsentgelts entrichten.

Daneben ist weiterhin eine Individualbesteuerung möglich.

- Kurzfristige Beschäftigungen nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV wurden auf das Kalenderjahr (bisher Beschäftigungsjahr) umgestellt.

Zur Bekämpfung von Schwarzarbeit werden Mini-Jobs in Privathaushalten besonders gefördert:

- Der Arbeitgeber zahlt Pauschalabgaben nur in Höhe von 12%, davon je 5% zur gesetzlichen Rentenversicherung (mit Aufstockungsoption für Arbeitnehmer) und gesetzlichen Krankenversicherung sowie 2% einheitliche Pauschalsteuer mit Abgeltungswirkung (einschließlich Kirchensteuer und Solidarzuschlag).

- Arbeitgeber im Privathaushalt erhalten eine steuerliche Förderung: 10% der Aufwendungen für Mini-Jobs, höchstens 510 Euro im Jahr, können von der Steuerschuld abgezogen werden.

Bei der Zusammenrechnung von geringfügigen Beschäftigungen gilt Folgendes:

- Geringfügige Beschäftigungen sowohl im gewerblichen Bereich als auch im Privathaushalt werden zusammengerechnet. Das Überschreiten der Grenze von 400 Euro führt zur Versicherungspflicht, bei zusammengerechneten Entgelten zwischen 400,01 Euro und 800 Euro gelten die Regelungen für die Gleitzone (Rdnr. 56)



- Versicherungspflichtige Hauptbeschäftigungen werden mit geringfügigen Beschäftigungen zusammengerechnet; Ausnahme: Eine Nebenbeschäftigung bis zu 400 Euro bleibt anrechnungsfrei.

Für die Arbeitgeber werden die Verfahrensregelungen im Melde- und Beitrageinzugsverfahren vereinfacht. Damit wird ein Anreiz zu mehr Beschäftigung geschaffen bei gleichzeitiger kostenmäßiger Entlastung der Wirtschaft. So sind alle geringfügig Beschäftigten zentral nur noch bei einer Einzugsstelle, der Minijobzentrale bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, Knappschaft-Bahn-See (DRB-KBS) als Träger der Rentenversicherung, zu melden. Die Sozialversicherungsbeiträge und die Steuer sind dort hin abzuführen, gleichgültig bei welcher Krankenkasse der oder die Beschäftigte versichert ist. Dies gilt auch für eine geringfügige Beschäftigung neben einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung. Seit 2005 hat auch die Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung für geringfügig Beschäftigte über die Minijob-Zentrale zu erfolgen.

Bei geringfügigen Beschäftigungen in Privathaushalten werden die Vereinfachungen des Haushaltscheckverfahrens auf die Gesamtheit dieser Beschäftigungen erstreckt, da der Haushaltsscheck in diesem Bereich künftig zwingend verwendet werden muss. In allen diesen Fällen berechnet die Einzugsstelle den Gesamtsozialversicherungsbeitrag, die Umlagen nach dem Lohnfortzahlungsgesetz und die Pauschesteuer. Sie vergibt auch die Betriebsnummer des Arbeitgebers, so dass dieser sich nicht extra an die Arbeitsverwaltung wenden muss. Außerdem sind die per Lastschrift von der Minijobzentrale einzuziehenden Beträge zur Entlastung der Arbeitgeber nur noch alle 6 Monate fällig. Nach der gesetzlichen Regelung ist die Erteilung der Einzugsermächtigung für die Arbeitgeber im Privathaushalt zwingend im Gesetz vorgeschrieben und kann nicht durch Überweisung oder andere Zahlungsarten ersetzt werden. Die Minijobzentrale bescheinigt dem Arbeitgeber im Privathaushalt auch die für die steuerliche Absetzbarkeit maßgebenden Aufwendungen. Außerdem werden Privathaushalte nicht mehr von den Rentenversicherungsträgern auf Richtigkeit und Vollständigkeit der Beitragsabführung geprüft. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die schon seit Jahren bestehende Vorschrift, wonach Arbeitgeber im Privathaushalt nicht verpflichtet sind, Lohnunterlagen zu führen und aufzubewahren.

48 Unabhängig von der im Vermittlungsausschuss im breiten Konsens der großen politischen Parteien gefundenen Kompromisslösung für die geringfügige Beschäftigung hat dieses Segment der Beschäftigung am Arbeitsmarkt seit jeher Kritiker und Befürworter. Soweit der eine ein starkes Ansteigen dieser Form der Beschäftigung im gegenläufigen Trend am Arbeitsmarkt als flexible und unkomplizierte Teilzeitbeschäftigung begrüßt, wird dieser Anstieg von Gegnern als ein starkes Anwachsen sozial unbefriedigend geschützter Beschäftigung vor allem zu Lasten von Frauen angesehen. Eine alle Seiten zufrieden stellende Lösung, einen so genannten Königsweg, wird man dabei wohl nicht finden und je nach politischer Großwetterlage werden kurzfristig Änderungen an dieser Form der Beschäftigung gefordert. Zu Beginn der 16. Legislaturperiode hat dabei in der neu konstituierten Großen Koalition besonders der Aspekt der finanziellen höheren Ausbeute zu Gunsten der Sozialversicherung die Tendenz zur Stärkung der Attraktivität von 2003 abgelöst. Derzeit ist geplant, die pauschale Beitragsbelastung von 23% um 5 Punkte, also auf 28% anzuheben, wobei der Rentenversicherung 15% und der Krankenversicherung 13% zugewiesen werden sollen. Um Ausweichreaktionen zu verhindern, sollen diese Regelungen gleichermaßen auch für Beschäftigten in der Gleitzone (Rdnr. 56) gelten. Angesichts einiger verfassungs- und europarechtlicher Bedenken bleibt abzuwarten, ob eine solche politische Entscheidung in geltendes Recht umgesetzt werden kann.

49 Für Arbeitnehmer, die wegen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei sind, wird ein Zuschlag an Entgeltpunkten für einen Altersrentenanspruch, einschließlich eines sich daraus ableitenden Hinterbliebenenrentenanspruchs, ermittelt (§ 76 b Abs. 2 SGB VI). Geringfügig Beschäftigte haben die Möglichkeit, für die Versicherungspflicht zu optieren. Aus der Zahlung von Pflichtbeiträgen entstehen Ansprüche auf alle Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich voller Rentenansprüche. Der Arbeitgeber muss seine geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer über die Möglichkeit aufklären, dass sie durch schriftliche Erklärung auf die Rentenversicherungsfreiheit verzichten können. Dann muss neben dem pauschalen Beitrag des Arbeitgebers zur Rentenversicherung vom Arbeitnehmer ein Arbeitnehmerbeitrag in Höhe der Differenz zum vollen Rentenversicherungsbeitrag geleistet

werden. Wünscht der Arbeitnehmer die Aufstockung, so teilt der Arbeitgeber dies der Minijobzentrale mit. Bei geringfügig im Privathaushalt Beschäftigten berechnet die Minijobzentrale auch diese Beiträge und zieht sie ein.

Auch für geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten (§ 8 a SGB IV) wird entsprechend den für gewerblich geringfügig Beschäftigte geltenden Regelungen aus den gezahlten Pauschalbeiträgen ein Zuschlag an Entgeltpunkten für einen Altersrentenanspruch ermittelt. Die Höhe des Zuschlags an Entgeltpunkten fällt allerdings wegen des nur 5% anstelle von 12% betragenden Pauschalbeitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend geringer aus als bei anderen geringfügig Beschäftigten. Auch für die in Privathaushalten geringfügig Beschäftigten besteht das Optionsrecht zur Herbeiführung der Versicherungspflicht, das zu vollen Versicherungsansprüchen einschließlich voller, d. h. den gezahlten Pflichtbeiträgen entsprechenden, Rentenansprüche führt. Aus der Pauschalbeitragszahlung des Arbeitgebers zur gesetzlichen Krankenversicherung entstehen - wie nach bisherigem Recht - keine gesonderten Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung.

50 In Fällen, in denen mehrere Beschäftigungsverhältnisse ausgeübt werden und bei der Zusammenrechnung festgestellt wird, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tage der Bekanntgabe der Feststellung der Versicherungspflicht durch die Einzugsstelle oder eines Trägers der Rentenversicherung ein. Damit werden Beitragsnachforderungen zu Lasten des Arbeitgebers für zurückliegende Zeiten ausgeschlossen. Der Arbeitgeber haftet nicht mehr, wenn der geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer das Ausüben weiterer geringfügiger Beschäftigungen oder einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung verschweigt.

Weiterhin werden einmalige Einnahmen nur dann beitragspflichtig, wenn sie dem Beschäftigten ausgezahlt worden sind. Damit ergibt sich bei so genannten Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld, auf die zwar tarifrechtlich ein Anspruch besteht, die aber nicht gezahlt werden, eine Erleichterung: Ein Überschreiten der Grenzen der geringfügigen Beschäftigung mit der Folge des Eintretens der Versicherungspflicht und der Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen wird vermieden.

51 Neben der steuerlichen Förderung von Mini-Jobs sind 2003 weitere steuerliche Änderungen zur Förderung von Haushaltsdienstleistungen in Kraft getreten. Diese erfolgen auf Antrag durch folgenden Abzug von der Steuerschuld:

- Für sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse in privaten Haushalten in Höhe von 12%, höchstens 2.400 Euro im Jahr und
- Für den Einkauf von Haushaltsdienstleistungen durch einen privaten Haushalt (z. B. Dienstleistungsagenturen) in Höhe von 20%, höchstens 600 Euro im Jahr.

52 Die kurzfristige Beschäftigung ist insbesondere in der Landwirtschaft (Erntehelfer), aber auch bspw. im Zeitungsvertrieb oder in der Gastronomie weit verbreitet. Eine versicherungsfreie kurzfristige Beschäftigung liegt vor, wenn innerhalb eines Kalenderjahres nicht länger als zwei Monate gearbeitet wird. Bei Beschäftigungen von regelmäßig weniger als an fünf Tagen in der Woche liegt eine kurzfristige Beschäftigung vor, wenn nicht mehr als 50 Arbeitstage im Jahr gearbeitet werden. Nachtschichten gelten dabei als ein Arbeitstag. Kurzfristige Beschäftigungen gelten auch dann als geringfügig, wenn dabei mehr als 400 Euro verdient werden. Übersteigt das Arbeitsentgelt jedoch diese Grenze, ist die Beschäftigung versicherungspflichtig, wenn sie berufsmäßig ausgeübt wird. Dies ist immer dann anzunehmen, wenn die Tätigkeit für den Beschäftigten von nicht nur untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung ist, also einen wesentlichen Teil der Einkünfte ausmacht, mit denen der Beschäftigte seinen Lebensunterhalt sichert. Beschäftigungen, die nur gelegentlich ausgeübt werden (z. B. zwischen Abitur und Studium) sind grundsätzlich nicht als berufsmäßig anzusehen. Üben Personen, die Leistungen nach dem dritten Buch Sozialgesetzbuch beziehen oder für eine mehr als kurzfristige Beschäftigung als Arbeitsuchende bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet sind, eine Beschäftigung aus, so ist diese immer als berufsmäßig anzusehen und ohne Rücksicht auf ihre Dauer versicherungspflichtig, wenn keine geringfügig entlohnte Beschäftigung vorliegt. Für kurzfristige Beschäftigungen hat der Arbeitgeber keine Pauschalbeiträge zur Renten- und zur Krankenversicherung zu entrichten, allerdings müssen diese Beschäftigungen auch versteuert werden.

53 Die Beitragsfreiheit hat die kurzfristige Beschäftigung durch die Einführung der Pauschalbeiträge bei

der geringfügig entlohnten Beschäftigung seit 1999 interessanter gemacht und zu Ausweichreaktionen in diesen Beschäftigungssektor geführt. Die Spitzenverbände der Sozialversicherung haben daraufhin ihre bisher sehr strenge Abgrenzung zwischen geringfügig entlohnter Dauerbeschäftigung und einer kurzfristigen Beschäftigung ein wenig gelockert. Regelmäßig sich wiederholende Beschäftigungen konnten bisher, auch wenn die 50-Tage-Grenze nicht überschritten wurde, nicht im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung ausgeübt werden. Unter bestimmten Bedingungen ist dies nunmehr möglich, insbesondere wenn ein Rahmenarbeitsvertrag geschlossen wird, der Arbeitseinsätze an höchstens 50 Tagen im Jahr vorsieht, und dieser Vertrag nicht in unmittelbarem Anschluss verlängert wird, wobei zwischen zwei solchen Rahmenverträgen eine Pause von mindestens zwei Monaten liegen muss.

54 Die Regelungen zur geringfügigen Beschäftigung gelten für geringfügige selbständige Tätigkeiten entsprechend, soweit sie dem Grunde nach versicherungspflichtig in einzelnen Zweigen der Sozialversicherung sind. Allerdings werden geringfügige selbständige Tätigkeiten nicht mit geringfügigen Beschäftigungen zusammengerechnet.

55 Es ist ein immer wieder anzutreffender Irrtum, dass geringfügig Beschäftigte keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall oder auf bezahlten Urlaub haben sollen. Geringfügig Beschäftigten stehen alle gesetzlichen und tariflichen Ansprüche und Arbeitnehmerschutzvorschriften in gleicher Weise zur Seite, wie jedem anderen Beschäftigten auch. Insbesondere unterliegt diese Form der Beschäftigung auch den allgemeinen Vorschriften über den Kündigungsschutz. Tarifrechtliche Schlechterstellungen sind nur zulässig, wenn es einen sachlichen Grund für diese Differenzierung gibt. Geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer dürfen wegen der geringfügigen Beschäftigung nicht schlechter behandelt werden als vergleichbare vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, es sei denn, dass sachliche Gründe für eine Ungleichbehandlung vorliegen. Der Gleichbehandlungsgrundsatz, der in § 4 Abs. 1 Satz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz verankert ist, gilt für alle Maßnahmen und Vereinbarungen im Arbeitsverhältnis.

Der Arbeitgeber ist nach dem Nachweisgesetz verpflichtet, jedem Arbeitnehmer spätestens einen Monat nach Beginn des Arbeitsverhältnisses einen schriftlichen Beleg über die wesentlichen Arbeitsbe-

dingungen - z. B. Arbeitsentgelt, Arbeitszeit - unter Hinweis auf die Möglichkeit des Arbeitnehmers zur Beitragsaufstockung in der gesetzlichen Rentenversicherung auszustellen, es sei denn, dass ein schriftlicher Arbeitsvertrag ausgehändigt wurde.

Das Bundesurlaubsgesetz garantiert jedem Arbeitnehmer einen Mindesturlaub von 4 Wochen. Sofern der Arbeitgeber vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern höhere Urlaubsansprüche - z. B. 6 Wochen - gewährt, dürfen auf Grund des Gleichbehandlungsgebots Teilzeitkräfte, einschließlich der geringfügig Beschäftigten, ohne sachlichen Grund nicht benachteiligt werden.

Nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz haben alle Arbeitnehmer Anspruch auf Fortzahlung ihres regelmäßigen Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber bis zu sechs Wochen, wenn sie unverschuldet durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an der Arbeitsleistung verhindert sind. Dieser Anspruch steht gleichermaßen auch den geringfügig (teilzeit)beschäftigten Arbeitnehmern für die Tage zu, an denen sie ohne Arbeitsunfähigkeit zur Arbeitsleistung verpflichtet wären. Für Arbeitgeber mit wenigen Beschäftigten übernimmt die Krankenkasse einen Großteil der Kosten, allerdings muss sich der Arbeitgeber zusätzlich zu seinen Pauschalabgaben an einer Umlage beteiligen. Die Höhe dieser Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz und dem Mutterschutzgesetz beträgt bei der Minijobzentrale derzeit 1,3%.

Der Arbeitgeber hat den geringfügig Beschäftigten wie allen anderen Arbeitnehmern auch für die Arbeitszeit, die infolge eines gesetzlichen Feiertages ausfällt, das Arbeitsentgelt zu zahlen, das sie ohne den Arbeitsausfall erhalten hätten. Die Anspruchsvoraussetzung des feiertagsbedingten Arbeitsausfalls ist erfüllt, wenn an einem Tag, an dem der Arbeitnehmer sonst regelmäßig zur Arbeitsleistung verpflichtet ist, für ihn infolge eines Feiertags die Arbeit ausfällt. Ein genereller gesetzlicher Anspruch des Arbeitnehmers auf eine Sonderzahlung oder Gratifikation (z. B. Weihnachtsgeld oder zusätzliches Urlaubsgeld) gegen seinen Arbeitgeber besteht nicht. Ein Anspruch kann sich jedoch aus einem Tarifvertrag, nach betrieblicher Regelung oder arbeitsvertraglicher Vereinbarung ergeben. Aus der jeweiligen Rechtsquelle ist dann auch zu entnehmen, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe der Anspruch besteht. Gewährt der Arbeitgeber eine Gratifikation an vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer, so darf er diese

geringfügig Beschäftigten nicht vorenthalten, es sei denn, für die unterschiedliche Behandlung liegt ein sachlicher Grund vor. Einem geringfügig Beschäftigten ist daher eine Gratifikation mindestens in dem Umfang zu gewähren, der dem Anteil seiner Arbeitszeit an der Arbeitszeit eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers entspricht.

Der Kündigungsschutz, d. h. die Rechtsunwirksamkeit sozial ungerechtfertigter Kündigungen, besteht auch für geringfügig Beschäftigte, wenn ihr Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt der Kündigung länger als sechs Monate bestanden hat und der Betrieb in der Regel mehr als 5 Arbeitnehmer (ausschließlich Auszubildende, mehr als zehn Arbeitnehmer für Beschäftigungen, deren Beginn nach dem 1. Januar 2004 begründet wurden) beschäftigt. Die gesetzliche Grundkündigungsfrist von 4 Wochen ist auch für geringfügig Beschäftigte vorgeschrieben. Bei nur vorübergehender Aushilfe ist die Vereinbarung einer kürzeren Kündigungsfrist für die ersten 3 Monate der Tätigkeit möglich. Ab einer Beschäftigungsdauer von mehr als zwei Jahren gelten längere Kündigungsfristen.

### Beschäftigung in der Gleitzone

56 Zusätzlich zu den Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung wurde mit der Schaffung einer Gleitzone eine deutliche Stärkung des gesamten Niedriglohnssektors vorgenommen: Um den Übergang aus einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis in ein sozial in vollem Umfang abgesichertes Beschäftigungsverhältnis attraktiver zu gestalten, wurde 2003 eine Gleitzone (Progressionszone) für Arbeitsentgelte zwischen 400,01 Euro und 800 Euro eingeführt. Der Arbeitgeber zahlt grundsätzlich - wie auch nach bisherigem Recht - seinen vollen Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (z. Z. rd. 21%). Der Beitrag des Beschäftigten steigt im Ergebnis von 4% am Beginn der Gleitzone (400,01 Euro) auf den vollen Arbeitnehmerbeitrag bei 800 Euro an, wobei die Steigerung des Arbeitnehmeranteils über eine mit Hilfe der in § 163 Abs. 10 SGB VI enthaltenen so genannten Gleitzoneformel verminderte Beitragsbemessungsgrundlage gesteuert wird. Mit dieser Regelung wird die so genannte Niedriglohnschwelle zumindest deutlich abgesenkt. Für den Beschäftigten wird durch eine geringere Nettobelastung ein Anreiz geschaffen, eine Tätigkeit in diesem Einkommensbereich auszuüben. Die Besteuerung ab einem Arbeitsentgelt von 400,01 Euro erfolgt individuell. Die Re-

gelungen der Gleitzone gelten grundsätzlich nicht bei Auszubildenden. Allerdings ist beabsichtigt, bei der Umsetzung der Beitragsanhebung bei geringfügiger Beschäftigung auch die Gleitzonenbeschäftigung von bisher ca 25% auf 30% anzuheben, um starke Ausweichreaktionen in dieses Beschäftigungssegment zu vermeiden.

Da ab einem Arbeitsentgelt von 400,01 Euro Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung besteht, erhalten Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt, das zwischen dem unteren und dem oberen Grenzwert der Gleitzone liegt, Ansprüche auf alle Versicherungsleistungen.

In der Gleitzone wird der Beitragsbemessung ein reduziertes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Der Arbeitnehmer kann hierauf verzichten und den Beitrag zur Rentenversicherung entsprechend seinem tatsächlichen Arbeitsentgelt zahlen. Er erwirbt damit höhere Rentenanwartschaften. Der Arbeitgeber zahlt für das gesamte Arbeitsentgelt grundsätzlich den vollen Arbeitgeberanteil, d. h., er trägt die Hälfte des - je nach Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung individuell verschiedenen - Gesamtsozialversicherungsbeitrages. Der vom Arbeitnehmer zu zahlende Beitrag steigt linear von rd. 4% (zukünftig 9%) am Anfang der Gleitzone bis zum vollen Arbeitnehmeranteil, d. h. bis zur Hälfte des individuellen Gesamtsozialversicherungsbeitrages, an. Zur Glättung des Übergangs in die Gleitzone ist das beitragspflichtige Arbeitsentgelt so bemessen, dass sich bei einem Arbeitnehmer mit durchschnittlichem Gesamtsozialversicherungsbeitragsatz (zur Zeit ca. 41,0%, Wert für 2006, bestehend aus: 19,5% Rentenversicherung; 6,5% Arbeitslosenversicherung; 13,3% durchschnittlicher Krankenversicherungssatz; 1,7% Pflegeversicherung) am Beginn der Gleitzone ein individueller Gesamtsozialversicherungsbeitragsatz von 25% (entsprechend der Pauschalabgabe bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen) ergibt: Der Arbeitgeberanteil liegt bei 20,5%; für den Arbeitnehmer ergibt sich hieraus der Startpunkt von 4,5 %.

57 Das monatliche Bemessungsentgelt, aus dem der Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung errechnet wird, ist für Arbeitnehmer in der Gleitzone nach folgender Formel zu ermitteln:

$$\text{Bemessungsentgelt} = F \times 400 + (2 - F) \times (AE - 400)$$

AE ist das monatliche Arbeitsentgelt

F ist ein Faktor der sich ergibt, wenn die Pauschalabgabe bei geringfügiger Beschäftigung (25%) durch den durchschnittlichen Sozialversicherungsbeitrag aller Versicherten (z. Z. 41,0%) dividiert wird.

Für das Jahr 2006 beträgt der Faktor F folglich:  $25\% / 41,0\% = 0,5967$

Sollten wie vorgesehen die Beitragssätze bei geringfügiger Beschäftigung und auch des Eingangssatzes der Gleitzone von 25% auf 30% angehoben werden, steigt dementsprechend auch der Faktor F. Dieser beträgt ab 1. Juli 2006 dann 0,7160.

Es kann sowohl der Gesamtsozialversicherungsbeitrag, als auch der Beitrag für einen einzelnen Zweig der Sozialversicherung (z. B. gesetzliche Rentenversicherung) errechnet werden. Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag errechnet sich wie folgt:

#### **Bemessungsentgelt x Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz = Gesamtbeitrag**

Der Sozialversicherungsbeitrag zu einem Zweig der Sozialversicherung (Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- oder Pflegeversicherung) errechnet sich wie folgt:

#### **Bemessungsentgelt x Beitragssatz des Versicherungszweiges = Gesamtbeitrag**

Der Arbeitgeber zahlt grundsätzlich den vollen Arbeitgeberanteil für das tatsächliche Arbeitsentgelt.

#### **Arbeitsentgelt x 1/2 Beitragssatz = Arbeitgeberanteil**

Der vom Arbeitnehmer zu zahlende Beitrag ermittelt sich aus der Differenz zwischen dem insgesamt zu zahlenden Rentenversicherungsbeitrag und dem Arbeitgeberanteil.

#### **Gesamtbeitrag - Arbeitgeberanteil = Arbeitnehmeranteil**

##### **Beispiel:**

Berechnung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für einen Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt (AE) von 600 Euro.

Der individuelle Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt durchschnittlich 13,25% (dies entspricht ungefähr dem derzeitigen durchschnittlichen Krankenversicherungsbeitrag).

#### Ermittlung des Bemessungsentgelts

$$\begin{aligned} & \text{Bemessungsentgelt} \\ & = F \times 400 + (2 - F) \times (AE - 400) \\ & = 0,5967 \times 400 + (2 - 0,5967) \times (600 \text{ Euro} - 400) \\ & = 239,00 + 1,4033 \times 200 \\ & = 239,00 + 280,66 \\ \text{Bemessungsentgelt} & = 519,66 \text{ Euro} \end{aligned}$$

#### Ermittlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages

$$\begin{aligned} & \text{Bemessungsentgelt} \times \text{Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz} = \text{Gesamtbeitrag} \\ & 519,66 \text{ Euro} \times 41,0\% = 213,06 \text{ Euro} \end{aligned}$$

#### Ermittlung des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung

$$\begin{aligned} & \text{Arbeitsentgelt} \times 1/2 \text{ Beitragssatz} = \text{Arbeitgeberanteil} \\ & 600 \text{ Euro} \times 1/2 \times 41,0\% = 123,00 \text{ Euro} \end{aligned}$$

#### Ermittlung des Arbeitnehmeranteils zur Sozialversicherung

$$\begin{aligned} & \text{Gesamtbeitrag} - \text{Arbeitgeberanteil} = \text{Arbeitnehmeranteil} \\ & 213,06 \text{ Euro} - 123,00 \text{ Euro} = 90,06 \text{ Euro} \end{aligned}$$

Durch die Formel zur Berechnung des Bemessungsentgelts in der Gleitzone wird erreicht, dass bei einem Entgelt von 600 Euro von einem sozialversicherungspflichtigen Entgelt von 519,66 Euro ausgegangen wird.

Der Arbeitgeber zahlt den vollen Beitragsanteil auf das tatsächliche Arbeitsentgelt, also 123,00 Euro. Der Arbeitnehmer zahlt einen geminderten, auf das Bemessungsentgelt abgestellten Beitragsanteil von 90,06 Euro. Für jeden Beschäftigten in der Gleitzone wird bei gleichem Einkommen ein gleiches Bemessungsentgelt zugrunde gelegt. Entspricht der individuelle Gesamtsozialversicherungsbeitrag des Beschäftigten dem durchschnittlichen Gesamtsozialversicherungsbeitrag, so ergibt sich für ihn ein Einstiegsbeitragssatz von rd. 4%. Zusammen mit einem durchschnittlichen Beitragssatz des Arbeitgebers zur Sozialversicherung in Höhe von 20,5% ergibt sich damit eine Gesamtbelastung von 25%.



Der Einstiegsbeitragssatz kann aufgrund des individuellen Beitragssatzes jeder Krankenkasse jedoch auch leicht darunter oder darüber liegen.

### **Beschäftigung während Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung (flexible Arbeitszeiten)**

58 Überlegungen zur Arbeitszeitflexibilisierung und -gestaltung sind nicht neu und haben insbesondere in Zeiten hoher Arbeitslosenzahlen immer wieder besondere Aktualität erlangt. Stichworte wie Teilzeitarbeit, Altersteilzeit, KAPOVAZ (**K**apazitäts**o**rientierte **V**ariable **A**rbeitszeit), Sabbaticals und nicht zuletzt Arbeitszeitkonten und Zeit-Wert-Papiere zeigen, dass sich die Strukturen der Arbeitswelt und das Gefüge des Normalarbeitsverhältnisses von 40 Wochenstunden an fünf Arbeitstagen und seine sozialversicherungsrechtliche Ausgestaltung in den vergangenen Jahren grundsätzlich und nachhaltig verändert haben. Ein Ausschnitt aus diesem Fächerkanon variabler Gestaltungsmöglichkeiten ist die Aufweichung der Grenzen zwischen Arbeit und Nichtarbeit in größeren zusammenhängenden Zeitphasen, meist in den letzten Jahren der Erwerbstätigkeit, den man insgesamt als Flexibilisierung des Arbeitsein- oder ansatzes bezeichnen kann.

59 Das Hauptproblem der Darstellung von Arbeitszeitflexibilisierung ist die große Vielfalt der diskutierten und praktizierten Varianten in Theorie und Praxis. Die früheren Strukturen menschlicher Arbeitsleistung werden in der heutigen globalen Arbeitsorganisation aufgelöst und an ihre Stelle treten vielfältigste individuelle Modelle und Vereinbarungen, die das klassische Austauschverhältnis Arbeitsleistung gegen Entgelt in ihren Randbereichen auflösen, teilweise gänzlich verschwinden lassen. Diese Veränderungen der Arbeitswelt sind an sich nicht problematisch, vielmehr ist es dagegen schwierig, derartige Flexibilisierungen in das historisch gewachsene Sozialversicherungsrecht einzupassen.

60 Flexibilisierungen der Arbeitszeiten in der Form von Arbeitszeitkonten oder Zeitwertkonten sind ein sehr starker Eingriff in traditionelle Arbeitszeitsysteme. Ursprünglich bestanden diese aus einem Muster mit gleichmäßig proportionierter Dauer der Arbeitszeit mit kontinuierlich ausgeübter Beschäftigung gegen ein je nach Tarifergebnis erhöhtes Entgelt. Ausnahmen bestanden lediglich in Form von Überstunden oder Kurzarbeit, beides eng begrenzte Verteilungsformen des inzwischen knapper gewordenen Bedarfs an möglicher menschlicher Arbeitsleistung.

61 Am Anfang der Flexibilisierung wurden die Modelle der Gleitzeit geschaffen, die schon seit vielen Jahren in unterschiedlicher Form von vielen Unternehmen praktiziert werden. Hier findet man eine Kernarbeitszeit, die starr auf den Tag verteilt ist, sowie einen begrenzten Ausgleichsrahmen, innerhalb dessen der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit variabel verteilen kann. Die Begrenzung der Gleitzeitmodelle liegt in der regelmäßig relativ kurzen Ausgleichsphase, in der das Arbeitsstundensoll ausgeglichen werden muss.

Eine Fortführung dieser Modelle sind so genannte Überstundenkonten, die über einen bestimmten Zeitraum Freizeitausgleich der zuviel geleisteten Arbeitszeit ermöglichen. Beide Modellvarianten sind auf Grund des sehr begrenzten und überschaubaren Ausgleichszeitraumes sozialversicherungsrechtlich noch unproblematisch.

62 Die traditionellen Zeitsysteme werden mit so genannten Ansparmodellen schon weitgehend aufgegeben. Dabei wird die tatsächliche Arbeitszeit nicht mehr auf die tarifvertraglich vereinbarte Arbeitszeit erbracht, sondern für spätere Verwendungen angespart. Je nach Modellvariante kann der Beschäftigte hier Geld- oder Zeitguthaben auf einem Konto ansparen und in späteren Jahren in erster Linie für Freistellungsphasen einsetzen. Das Besondere bei diesen Zeit-Wert-Konten ist, dass die in Entgelt umgerechneten Werte als Kapital rentierlich angelegt werden mit der Folge, dass der Beschäftigte einen nicht geringen Anteil der Freistellung aus diesen Kapitalerträgen erwirtschaften kann. Solche Modelle werden inzwischen bei einigen Firmen auf Grund von Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen praktiziert. In besonderem Maße finden diese Modelle auch bei der Altersteilzeit in der Form des so genannten Blockmodells Anwendung.

63 Diese Zeitwertkonten-Modelle sind sozialversicherungsrechtlich mitunter nicht unproblematisch, und zwar aus folgenden Gründen:

- Es fehlt an der sozialversicherungsrechtlichen Zuordnung von Entgelt zu einer Phase der Beschäftigung bzw. es lassen sich solche Modelle mit dem Grundsatz der unmittelbaren Beitragserhebung nicht nahtlos vereinbaren. Nach diesem Grundsatz sind die Beiträge für den Zeitraum zu erheben, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist. Auf



die tatsächliche Auszahlung oder Verfügbarkeit kommt es nicht an (vgl. § 23 SGB IV).

- Insbesondere in so genannten Störfällen, also in den Fällen, in denen das Wertguthaben nicht mehr bestimmungsgemäß für eine Freistellung von der Arbeit verwendet werden kann, ist es regelungsbedürftig, wie dieses Guthaben dann genutzt oder aufgelöst werden kann und welche Beiträge noch zu entrichten sind.
- Die Verzahnung von Arbeitszeit und Arbeitsentgelt mit Arbeitsfreistellungen bis zur Form des Vorruhestandes und mit betrieblicher Altersversorgung ist rechtlich vielfach deshalb nicht einfach, weil die verschiedenen Bausteine ganz verschiedene Zielsetzungen und sozialversicherungsrechtliche Bewertungen haben. Dazu kommt, dass der mögliche Kapitalgewinn aus der Finanzanlage überhaupt nicht mehr in das klassische Austauschverhältnis Arbeit gegen Lohn passt, an dem sich die Sozialversicherung als momentane Risikovorsorge gegen bestimmte soziale Risiken auf der Basis eines Versicherungssystems aber traditionell orientiert und orientieren muss. Nicht einfacher werden diese Modelle dadurch, dass sie auf Grund privatrechtlicher Tarif- oder Arbeitsverträge oder Betriebsvereinbarungen eingeführt werden, deren Anpassung an das öffentlich-rechtlich strukturierte Sozialversicherungsrecht zu Schwierigkeiten führen kann. Der Gesetzgeber hat deshalb in diesem Bereich nur Regelungen geschaffen, die diese Modelle sozialversicherungsrechtlich flankieren und absichern.

64 Das Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen (Flexigesetz) hat im Kernbereich drei wesentliche Regelungen geschaffen:

- Durch die Vorschrift des § 7 Absatz 1a SGB IV wird festgelegt, dass Zeiten der Freistellung, die nach ihrem Vereinbarungszweck typischerweise über kurzfristige Arbeitsunterbrechungen hinausgehen, als eine zeitlich fortgeltende Beschäftigung zu werten sind, obwohl das genannte Austauschverhältnis Arbeit gegen Entgelt für diese Freistellungsphasen nicht existiert. Das hat insoweit Bedeutung, weil die leistungsrechtlichen Regelungen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung nur an den Tatbestand der Beschäftigung anknüpfen und eben nicht an Freizeitphasen. So ist etwa daran zu denken, dass die

Zeiten der Arbeitsfreistellung rentenrechtlich als Beschäftigungszeiten gelten sollen oder bei längeren Freistellungen der Beschäftigte nicht aus dem Erwerbsminderungsschutz „herauswächst“ (vgl. SGB VI).

Diese Fiktion fortgeltender und kontinuierlicher Beschäftigung hat der Gesetzgeber an zwei Voraussetzungen geknüpft. Einerseits muss die Freistellung auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung erfolgen und zum zweiten muss in der Freistellungsphase kontinuierlich ein Entgelt gezahlt werden, das mehr als 400 Euro beträgt und welches von dem für die vorausgegangen zwölf Kalendermonate monatlich fälligen Arbeitsentgelt nicht unangemessen abweicht.

- Die zweite wichtige Regelung ist die in § 7 d SGB IV enthaltene Regelung zum Insolvenzschutz. Diese Regelung bestimmt, dass diese Zeitwertguthaben im Falle einer Insolvenz des Arbeitgebers zum Schutze des die Freistellung ansparenden Beschäftigten abgesichert werden müssen. Der Gesetzgeber hat diese Regelung bewusst sehr zurückhaltend und vorsichtig formuliert. Das hat seinen Grund in der Tatsache, dass bei der vorhandenen Modellvielfalt keine Vorschriften für einzelne insolvenzschützende Varianten aufgelistet werden können. Die gesetzliche Regelung sieht allerdings keine Sanktion für die Vertragsparteien vor, die einen solchen Insolvenzschutz nicht vereinbaren. In der Praxis hat sich gezeigt, dass viele Arbeitgeber dieser insolvenzschützenden Verpflichtung nicht oder nur unzureichend nachkommen. Daher wird in der politischen Diskussion vor dem Hintergrund spektakulärer Insolvenzen eine Verschärfung des Insolvenzschutzes erörtert, um die Ansprüche des Beschäftigten auf eine Freistellung zu erhalten und den Insolvenzschutz zu verbessern. So enthält der Koalitionsvertrag für die Große Koalition neben einem Bekenntnis zur Stärkung von Langzeitkonten auch die Verpflichtung, die Übernahme des Insolvenzschutzes aus dem Altersteilzeitgesetz in das Sozialgesetzbuch zu prüfen. Um im allgemeinen Insolvenzschutz einen verbesserten Wirkungsgrad der Vorschrift zu erreichen, wurde 2003 eine Ergänzung vorgenommen, nach der der Arbeitgeber den Beschäftigten alsbald über die Vorkehrungen zum Insolvenzschutz in geeigneter Weise schriftlich zu unterrichten hat, wenn das Wertguthaben die Mindestgrenzen und -voraussetzungen erfüllt.

- Im Altersteilzeitgesetz gilt seit dem 1. Januar 2004 eine umfassende und sehr detailliert vorgegebene Insolvenzsicherungsverpflichtung, wobei bilanzielle Rückstellungen sowie zwischen Konzernunternehmen begründete Einstandspflichten, insbesondere Bürgschaften, Patronatsklärungen oder Schuldbeiträge nicht als geeignete Sicherungsmittel angesehen werden. Kommt der Arbeitgeber dieser massiven Insolvenzsicherungsverpflichtung nicht nach, kann der Arbeitnehmer Sicherheitsleistung verlangen. Da die Regelung sehr weit in die an sich dem Arbeitgeber zustehende Entscheidungsfreiheit eingreift, kann vermutet werden, dass mit diesen, auch hinsichtlich der halbjährlichen schriftlichen Mitteilungspflichten sehr bürokratischen Vorgaben die Attraktivität des Altersteilzeitgesetzes geschmälert werden sollte. Vor allem ist ein entscheidender Nachteil, dass die Möglichkeit der Sicherheitsleistung noch keinen Insolvenzschutz schafft und der Beschäftigte das Wertguthaben im Insolvenzfall verliert. Weiterhin ist es denkbar, dass die Zahlung einer Sicherheitsleistung durch den Arbeitgeber vom Insolvenzverwalter erfolgreich angefochten wird und dieser Schutz ebenfalls entfällt. Vor diesem Hintergrund wird aktuell zu prüfen sein, inwieweit der Insolvenzschutz in wirksamer Weise verbessert werden kann, bspw. durch gesetzlich vorgegebene Qualitätskriterien und andere rechtliche Vorgaben.
- Die dritte wichtige Kernregelung im Flexigesetz ist beitragsrechtlicher Natur. Die Notwendigkeit der Regelung in § 23 b SGB IV ergibt sich kurz gesagt aus der Tatsache, dass Entgelt im Zeitpunkt seiner Entstehung eigentlich sofort verarbeitet werden müssten und diese Beiträge normalerweise am drittletzten Bankarbeitstag des Monats ihrer Entstehung fällig wären.

Leistungen der Sozialversicherung stehen regelmäßig gezahlte Beiträge gegenüber, so dass diese für Zeiten, in denen keine Beiträge gezahlt werden, eigentlich auch nicht erbracht werden können. Bei Zeitwertkonten ergibt sich jedoch die Besonderheit, dass das Entgelt nicht an den Arbeitnehmer ausbezahlt wird und man insbesondere in Störfällen noch gar nicht weiß, ob es tatsächlich zu einer beitragspflichtigen Freistellung kommen wird. Deshalb hat der Gesetzgeber bestimmt, dass die Beiträge zunächst gestundet werden und das Entgelt erst im Zeitpunkt der tatsächlichen Freistellung und der damit verbundenen Auszahlung des verdienten Entgelts verarbeitet werden muss.

65 Sicherlich kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Entwicklungen des Normalarbeitsverhältnisses, an dem sich die Sozialversicherung orientiert, noch keineswegs abgeschlossen sind und sich die Rahmenbedingungen und Ausgestaltungen ständig verändern werden. Die Sozialversicherung muss hier – wie bisher auch geschehen – in geeigneter Weise auf die sich zunehmend rascher verändernden Strukturen der Arbeitswelt reagieren.

### **Vermutung von Beschäftigung - so genannte Scheinselbständigkeit**

66 Zwischen den Bereichen derjenigen, die bereits auf Grund eines Arbeitsvertrages abhängig beschäftigt sind und derjenigen, die infolge ihrer persönlichen Unabhängigkeit und ihres eigenen wirtschaftlichen Risikos selbständig sind, hatte sich ab etwa 1985 eine sich ausweitende Grauzone entwickelt. Um Sozialversicherungsbeiträge zu sparen, wurden häufig Verträge geschlossen, nach denen Auftragnehmer formal als selbständig bezeichnet waren, obwohl sie wegen ihrer Eingliederung in den Betrieb des Auftraggebers und ihrer Weisungsgebundenheit nach den tatsächlichen Umständen abhängig beschäftigt im Sinne des § 7 Abs. 1 SGB IV sind. Dieses als Scheinselbständigkeit bezeichnete Phänomen hat für den Beschäftigten die Folge, dass ihm Arbeitnehmerrechte vorenthalten werden und er nicht unter dem Schutz der Sozialversicherung steht. Leidtragende dieser Entwicklung sind nicht nur die Beschäftigten und deren Familien, die sich häufig angesichts ihrer finanziellen Lage einen privaten Schutz gegen Krankheit und eine ausreichende Alters- und Invaliditätsvorsorge nicht leisten können, sondern auch die Gemeinschaft der in der gesetzlichen Sozialversicherung Versicherten, denen Beiträge vorenthalten werden, mit der Folge einer höheren Beitragslast des einzelnen Versicherten. Nicht selten sind Armut und Sozialhilfebedürftigkeit im Alter oder im Falle der Erwerbsunfähigkeit die Folge, deren Lasten wiederum von allen zu tragen sind. Von den Scheinselbständigen zu unterscheiden sind die so genannten „arbeitnehmerähnlichen Selbständigen“ die als echte Selbständige rentenversicherungspflichtig sind (vgl. SGB VI).

67 Um dieser Entwicklung zunehmender Umgehung der Sozialversicherungspflicht Einhalt zu gebieten, wurde 1998 eine Vermutungsregelung in das Gesetz aufgenommen, nach der das Vorliegen einer Beschäftigung vermutet werden konnte, wenn drei

der im Gesetz genannten fünf Merkmale vorlagen. Die Vermutungsregelung ist von Verbänden, Unternehmen und Betroffenen, aber auch in der rechtswissenschaftlichen Literatur heftig angegriffen worden. Es wurde der Vorwurf erhoben, diese Regelung behindere Existenzgründungen und schaffe unnötige Bürokratie. Auf der anderen Seite war die praktische Anwendung der Vermutungsregelung äußerst gering, da sie nach einer weiteren gesetzlichen Einschränkung nur noch dann angewandt werden konnte, wenn die Beteiligten ihre gebotenen Mitwirkungspflichten verletzt haben. Im Zuge der Beratungen zur Umsetzung des Hartz-Konzepts ist die Vermutungsregelung daher ersatzlos gestrichen worden. Der jetzige § 7 Abs. 4 SGB IV enthält nun eine widerlegbare Vermutung der Selbständigkeit für die so genannte Ich-AG, wenn der Zuschuss nach dem SGB III beantragt wird und eine Fiktion der Selbständigkeit für Personen in der Zeit, in der sie diesen Zuschuss erhalten. Für die Abgrenzung von selbständiger Tätigkeit zu abhängiger Beschäftigung bei Personen mit zweifelhafter Tätigkeitszuordnung gelten in der Praxis der Sozialversicherungsträger nunmehr wieder die von der Rechtsprechung der Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit entwickelten Kriterien, die im konkreten Einzelfall geprüft und gegeneinander abgewogen werden müssen.

68 Sowohl Auftraggeber als auch Auftragnehmer haben die Möglichkeit, innerhalb eines Monats nach Aufnahme einer Tätigkeit einen Antrag bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund (frühere BfA) auf Statusklärung zu stellen. Mit diesem 1999 eingeführten Verfahren können die Beteiligten verbindlich für alle Zweige der Sozialversicherung feststellen lassen, ob sie als Beschäftigte versicherungspflichtig sind. Stellt die Clearingstelle eine Beschäftigung fest und wurde der Antrag innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt, so beginnt die Versicherungspflicht erst mit der Bekanntgabe der Entscheidung, wenn der Beschäftigte dem späteren Eintritt der Versicherungspflicht zustimmt (sonst: Versicherungspflicht seit Aufnahme der Beschäftigung nach den allgemeinen Regelungen) und er für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge vorgenommen hat, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht. Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag

wird erst zu dem Zeitpunkt fällig, zu dem die Entscheidung, dass eine Beschäftigung vorliegt, unanfechtbar geworden ist. Widerspruch und Klage gegen Entscheidungen, dass eine Beschäftigung vorliegt, haben aufschiebende Wirkung, so dass die Beiträge ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe der Entscheidung erst zu entrichten sind, wenn Rechtsmittel gegen die Entscheidung nicht mehr möglich sind. Entsprechendes gilt, wenn ein anderer Versicherungsträger außerhalb des Anfrageverfahrens bei der Clearingstelle feststellt, dass eine versicherungspflichtige Beschäftigung vorliegt und wenn weder der Beschäftigte noch sein Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig von einer selbständigen Tätigkeit ausgegangen sind. Auf die erhebliche Ausweitung des Clearingstellenverfahrens durch die zwingende Einleitung des Verfahrens bei der Beschäftigung von Familienangehörigen und GmbH-Geschäftsführern wurde bereits hingewiesen.

### Unständig Beschäftigte

69 Eine weitere Personengruppe, bei denen die Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit bisweilen auf erhebliche Probleme stößt, sind die unständig Beschäftigten. Problematisch ist hierbei, dass diese Personen häufig nur sehr kurzfristig bei einem Arbeitgeber tätig sind oder sogar an einem Tag für mehrere Arbeitgeber. Für Arbeitnehmer, die berufsmäßig unständige Beschäftigungen ausüben, gelten im Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht einige Besonderheiten. Ein ständiger Wechsel des Arbeitgebers oder ein Wechsel in der Art der Beschäftigung ist nicht Grundvoraussetzung für die Annahme einer unständigen Beschäftigung. Wiederholen sich Beschäftigungen von weniger als einer Woche bei demselben Arbeitgeber oder bei mehreren Arbeitgebern über einen längeren Zeitraum, so geht der Charakter einer unständigen Beschäftigung nicht verloren, wenn die Eigenart der Beschäftigung, die Art ihrer Annahme und Entlohnung einer unständigen Beschäftigung entspricht. Unständige Beschäftigungen können daher auch bei nur einem Arbeitgeber ausgeübt werden. Probleme ergeben sich bei unständig Beschäftigten häufig auch dadurch, dass die Tätigkeiten vielfach auch als selbständige Tätigkeiten ausgeübt werden können und daher der Status des Betroffenen nicht leicht zu bestimmen ist. Unständig Beschäftigte finden sich vor allem im künstlerischen Bereich, etwa bei Schauspielern, Synchronsprechern oder Moderatoren, aber auch bei Schauerleuten in Hafengebieten oder in anderen Branchen.

## Beschäftigungsort und besondere Personenkreise in der Sozialversicherung

### Beschäftigungsort

70 Die Bestimmungen über den Beschäftigungsort ergänzen die Regelungen über den räumlichen Geltungsbereich des Gesetzes. Neben der lokalen Anknüpfung des Beschäftigungsortes für abhängig Beschäftigte gibt es eine vergleichbare Regelung für Selbständige und eine Sonderregelung für bestimmte Personengruppen, so für Entwicklungshelfer, Seeleute und für Absolventen eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres.

71 Für die Anwendung der Vorschrift über Versicherungspflicht und -berechtigung kommt es in erster Linie darauf an, dass der Beschäftigungsort im Geltungsbereich des deutschen Sozialversicherungsrechts liegt. Grundsätzlich ist daher der Ort maßgeblich, an dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Ausnahmen bestehen für Einsatzwechsellätigkeiten. Der Beschäftigungsort ist im nationalen Recht von Bedeutung für die örtliche Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger in der Kranken- und Rentenversicherung und auch für die Wahlen in der Sozialversicherung. Freiwillig Versicherte haben dagegen ein begrenztes Wahlrecht, welcher Krankenkasse sie beitreten möchten.

72 Im internationalen Sozialversicherungsrecht ist der Beschäftigungsort auch für das anzuwendende Recht maßgeblich; welches sich vor allem auf Grund vertraglicher Vereinbarungen ergibt (vgl. Begriffe der Einstrahlung/Ausstrahlung und das Territorialitätsprinzip).

### Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende

73 Diese Personen werden als arbeitnehmerähnlich bezeichnet, weil sie nicht in die klassische Unterscheidung zwischen abhängig Beschäftigte und selbständig Tätige passen. Der Personenkreis ist im Heimarbeitsgesetz definiert und umfasst Personen, die im Auftrag bestimmter Auftraggeber in eigener oder selbstgewählter Arbeitsstätte erwerbsmäßig arbeiten, ihre Arbeitsergebnisse aber nicht selbst verwerten (Tätigkeit „für fremde Rechnung“) und sich Roh- oder Hilfsstoffe auch selbst beschaffen dürfen. Es handelt sich zwar um selbständig Tätige, die aber wegen ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit von ihrem

Auftraggeber den abhängig Beschäftigten sehr nahe stehen. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit gesehen, sie in die Sozialversicherung einzubeziehen. Heimarbeiter sind in der Sozialversicherung deshalb den Beschäftigten gleichgestellt. Sie gelten als Beschäftigte, so dass fast alle Vorschriften für Beschäftigte auch auf sie Anwendung finden. Von der Arbeitslosenversicherung werden sie als Selbständige hingegen nicht erfasst. Hausgewerbetreibende, die auch Hilfskräfte beschäftigen dürfen und ausschließlich Waren herstellen, verarbeiten oder verpacken, sind nach besonderen Vorschriften unfall- und rentenversichert.

### Seeleute

74 Die Beschäftigung auf deutschen Seeschiffen - nicht Binnenschiffen - wird unabhängig von deren jeweiligem Standort als im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ausgeübt angesehen. Damit werden alle Personen mit Ausnahme der nicht deutschen Seeleute, die auf Schiffen beschäftigt werden, die nach dem Flaggenrecht berechtigt sind, die Bundesflagge zu führen, auch außerhalb des deutschen Territoriums vom Sozialversicherungsrecht erfasst. Beschäftigungsort für Seeleute ist der Heimathafen des Seeschiffes. Nicht deutsche Besatzungsmitglieder auf deutschen Seeschiffen können auf Antrag des Reeders von der Rentenversicherungspflicht befreit werden, und zwar unter der Voraussetzung, dass sie weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Der Versicherungsschutz deutscher Seeleute auf Schiffen unter fremder Flagge wurde 1998 neu geregelt. Für deutsche Seeleute, die im Inland beschäftigt sind, und auf ein Seeschiff entsandt werden, das nicht berechtigt ist, die Bundesflagge zu führen, gelten die Ausstrahlungsregelungen.

75 Auf Antrag des Reeders wird die Versicherungspflicht deutscher Seeleute, die auf ausländischen Seeschiffen beschäftigt sind, in der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung ohne weitere Voraussetzungen begründet. Sind deutsche Seeleute auf einem Seeschiff beschäftigt, dass im überwiegenden wirtschaftlichen Eigentum eines deutschen Reeders mit Sitz im Inland steht, ist der Reeder verpflichtet, diesen Antrag zu stellen. In der Unfallversicherung werden diese Seeleute nur dann versichert, wenn das Seeschiff der Unfallversicherung sowie der Sicherheitsüberwachung durch die See-Berufsgenossenschaft unterstellt wird

und der Staat, dessen Flagge das Seeschiff führt, nicht widerspricht. Reeder mit Sitz im Ausland haben für die Erfüllung ihrer Verbindlichkeiten gegenüber allen Versicherungszweigen einen Bevollmächtigten im Inland zu bestellen.

### **Besondere Personengruppen im versicherten Personenkreis der Sozialversicherung**

76 Zahlreiche Tätigkeiten, die auch im gesellschaftlichen Ansehen nicht ohne weiteres als Beschäftigung angesehen werden, sind in der Handhabung durch die Sozialversicherung problematisch. In den meisten Fällen handelt es sich um Tätigkeiten, die in der Anschauung der Betroffenen nicht als sozialversicherte Beschäftigung gewertet werden sollen oder dies aus rechtlichen Gründen nicht geschehen kann.

77 Die so genannte Ehrenamtlichkeit einer dem allgemeinen Erwerbsleben zugänglichen Tätigkeit schließt das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses zunächst nicht aus. Eine gesetzlich vorgegebene Definition des Begriffs „Ehrenamt“ existiert zumindest in der Sozialversicherung nicht. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass eine ehrenamtliche Tätigkeit sich vornehmlich durch Unentgeltlichkeit auszeichnet. Ausgehend vom Wortlaut unter Berücksichtigung des allgemeinen Sprachgebrauchs wird ein solches Amt „um der Ehre Willen“ ausgeübt. Vergütungen oder Gehaltszahlungen stehen dem typischerweise entgegen, weil das Amt dann nicht mehr um der Ehre Willen, sondern wegen der Bezahlung übernommen wird. Nicht jede unentgeltliche Tätigkeit stellt demgegenüber ein Ehrenamt dar.

Eine Beschäftigung zeichnet sich neben den oben genannten Merkmalen regelmäßig - wenn auch nicht notwendig - dadurch aus, dass für sie ein Entgelt gezahlt wird. Eine ehrenamtliche Tätigkeit, für die eine die tatsächlich entstandenen Kostenaufwendungen übersteigende pauschale Entschädigung gezahlt wird, ist daher regelmäßig ein Beschäftigungsverhältnis. Sofern für die geopferte Zeit eine Geldleistung erbracht wird, mit der mehr als eine „Mühehaltung“ abgegolten wird, handelt es sich um Arbeitsentgelt mit der Folge, dass ein sozialversicherungsrechtliches Beschäftigungsverhältnis vorliegt.

78 Übungsleiter, die in Sport- und anderen Vereinen regelmäßig nebenamtlich tätig sind, werden steuerrechtlich nicht als Arbeitnehmer angesehen, wenn sie bis zu 6 Stunden wöchentlich übungsleitend tätig sind; sie gelten als selbständig Tätige.

Übungsleiter sind sozialversicherungsrechtlich jedoch differenziert zu behandeln und können sowohl abhängig Beschäftigte als auch Selbständige sein. Sie sind nach einer Übereinkunft der Spitzenverbände der Sozialversicherung von 2001 in der Regel selbständig tätig, wenn sie das Training in eigener Verantwortung durchführen, also Dauer, Lage und Inhalte des Trainings selbst festlegen und sich wegen der Nutzung der Sportanlagen selbst mit den anderen für den Verein tätigen Übungsleitern abstimmen. Für die praktische Handhabung einer eindeutigen Zuordnung als selbständiger Tätigkeit hat der Deutsche Sportbund mit der Sozialversicherung, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung Bund einen Mustervertrag entwickelt, der mit Übungsleitern abgeschlossen werden sollte, wenn eine selbständige Tätigkeit gewünscht wird. Auch bei Übungsleitern in Sportvereinen ist in jedem Fall eine Gesamtwürdigung aller Umstände, die für oder gegen eine Beschäftigung sprechen, erforderlich. Sofern sie beschäftigt sind und nur Einnahmen bis 1.848 Euro jährlich bzw. 154 Euro im Monat erzielen, sind diese nach § 3 Nr. 26 Einkommensteuergesetz steuerfrei. Insoweit liegt nach § 14 SGB IV kein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt vor mit der Folge, dass dieses auch beitragsfrei in der Sozialversicherung ist. Sofern eine Aufwandsentschädigung diese Pauschale von 154 Euro übersteigt, sind aus dem übersteigenden Teil auch Beiträge zur Sozialversicherung zu entrichten. Allerdings liegt kein Beschäftigungsverhältnis vor, soweit die Tätigkeiten im Rahmen der sich aus dem Vereinszweck ergebenden mitgliedschaftlichen Pflichten verrichtet werden. Diese Konstruktion einer sozialversicherungsfreien Tätigkeit ohne Beschäftigungsverhältnis ist von der Rechtsprechung für bestimmte Fallgestaltungen entwickelt worden, bspw. für die Leitung einer Pfadfindergruppe in einem Zeltlager (Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. März 1998).

79 Auch die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der Feuerwehrführungskräfte richtet sich nach den von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien. Danach stehen diese Personen regelmäßig in einem Beschäftigungsverhältnis zu den Kommunen oder Landkreisen, da sie für diese weisungsgebunden tätig werden. Die Weisungsgebundenheit kommt darin zum Ausdruck, dass den Kommunen und Landkreisen die Einrichtung, der Unterhalt und der Betrieb des Feuerwesens obliegen. Soweit die Aufwandsentschädigungen der Lohnsteuerpflicht



unterliegen (vgl. § 3 Nr. 12 EStG) stellen sie Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung dar.

80 Sofern die Tätigkeit in der ehrenamtlichen Pflege die Voraussetzung einer Beschäftigung erfüllt und Aufwandsentschädigungen oberhalb des tatsächlich entstandenen Aufwands gezahlt werden, unterliegt dieser Teil der Aufwandsentschädigung der Beitragspflicht zur Sozialversicherung. Die besondere Schutzbedürftigkeit von Pflegepersonen kommt in einigen sozialrechtlichen Vorschriften zum Ausdruck. So ist im Rentenrecht (§ 5 SGB VI) geregelt, dass lediglich die geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflgetätigkeit in der Rentenversicherung versicherungsfrei ist. Im Umkehrschluss folgt daraus, dass eine darüber hinaus gehende Pflgetätigkeit - selbst wenn sie nicht primär dem Erwerb dient - als in der Rentenversicherung schutzbedürftig angesehen wird. Die Pflegeversicherung sieht für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen vor, dass diese durch die Pflegekassen und durch private Versicherungsunternehmen in der gesetzlichen Rentenversicherung zu versichern sind.

81 Ein ehrenamtlich tätiger Bürgermeister, der im Wesentlichen nur Repräsentationsaufgaben wahrzunehmen hat, steht insoweit nicht in einem versicherungsrechtlich relevanten Beschäftigungsverhältnis; hat er dagegen überwiegend Verwaltungsaufgaben zu erfüllen, dann ist grundsätzlich von einem die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnis auszugehen. Diese Unterscheidung beruht darauf, dass ein ehrenamtlicher Bürgermeister, der nicht nur Willensorgan ist, an der Spitze der kommunalen Selbstverwaltung steht, also eine dem allgemeinen Erwerbsleben zugängliche Tätigkeit ausübt.

82 Schwierigkeiten bereitet auch die Abgrenzung der abhängigen Beschäftigung von der Tätigkeit von Familienangehörigen, die so genannte familienhafte Mithilfe. Auf der einen Seite kann auch zwischen Ehegatten und Angehörigen ein Beschäftigungsverhältnis bestehen. Auf der anderen Seite kann der Ehegatte oder der Angehörige aber auf Grund familienrechtlicher Regelungen zur Mitarbeit im Beruf oder Geschäft verpflichtet sein; dies gilt auch für Kinder bei der Mitarbeit im Geschäft ihrer Eltern. Vor allem die Zahlung verhältnismäßig nicht geringer laufender Bezüge in Höhe des ortsüblichen oder des tariflichen Entgelts kann ein Indiz für das Vorliegen einer Beschäftigung sein. Weiterhin liegt eine Beschäftigung meist dann vor, wenn die fa-

milienhafte Mithilfe die eigene Berufstätigkeit des Dienstleistenden ersetzt oder unmöglich macht und damit dessen soziale Eigensicherung gefährdet. Auch bei diesen Fällen ist es ratsam, den Status vor Beginn der Tätigkeit durch die Sozialversicherung klären zu lassen. Wird im Nachhinein festgestellt, dass keine versicherungspflichtige Beschäftigung vorgelegen hat, können keine Leistungen erbracht werden und die Beiträge werden höchstens für einen Zeitraum von vier Jahren zurückerstattet. Es bleibt abzuwarten, ob das seit 2004 installierte obligatorische Clearingstellenverfahren bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund (frühere BfA) für Familienangehörige und Lebenspartner sowie bei GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführern hier zu einer Verbesserung der rechtlichen Einordnung von Zweifelsfällen für Neufälle führen wird.

83 Beamte sind in ihrer Tätigkeit als Beamte sozialversicherungsfrei. Übt ein Beamter dagegen nebenberuflich eine Tätigkeit aus, die sozialversicherungsrechtlich als Beschäftigung zu werten ist, besteht grundsätzlich Sozialversicherungspflicht. Für einen geringfügig beschäftigten Beamten sind ebenfalls die derzeit geltenden 12% Beiträge zur Rentenversicherung (5% bei Beschäftigung im Privathaushalt) abzuführen, dagegen entfällt der Beitrag zur Krankenversicherung, wenn der Beamte privat krankenversichert ist. Ist der Beamte mehr als geringfügig nebenberuflich tätig, besteht grundsätzlich Sozialversicherungspflicht für diese Beschäftigung, allerdings mit Besonderheiten in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung.

84 Die Sozialversicherungspflicht von Schülern, Praktikanten und Studenten hängt von der jeweiligen Situation ab, so dass die Tätigkeit im Einzelfall der Versicherungspflicht unterliegen kann oder nicht. Schüler und Studenten sind in ihrer Tätigkeit in der Schule oder der Universität sozialversicherungsfrei, da diese Arbeit keine Beschäftigung darstellt. Üben sie neben dem Schulbesuch oder dem Studium eine mehr als geringfügige Beschäftigung aus, so sind sie in dieser grundsätzlich versicherungspflichtig. Allerdings bestehen hier von der Rechtsprechung und der sozialversicherungsrechtlichen Praxis entwickelte Sonderregelungen. Komplizierter stellt sich die Regelung für Praktikanten dar: Generell lässt sich sagen, dass die Ableistung eines in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgesehenen Praktikums versicherungsfrei ist, andere Praktika dagegen als Beschäftigung und damit versicherungspflichtig zu



bewerten sind. Teilnehmer an so genannten dualen Studiengängen gelten nach einer Übereinkunft der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung als Beschäftigte. Im Einzelfall empfiehlt es sich bei diesen Fallgestaltungen, die für die Beurteilung zuständige Krankenkasse einzuschalten, die im Einzelfall gesetzlich auch zur Beratung und Information (vgl. §§ 13, 14 und 15 SGB I) verpflichtet ist.

85 Auch die Sozialversicherungspflicht von Unternehmern lässt sich nicht einheitlich beantworten. BGB-Gesellschafter, OHG-Gesellschafter und Komplementäre von Kommanditgesellschaften haften persönlich und sind deshalb in der Regel keine Beschäftigten. Allerdings kann zwischen Gesellschaftern und der Gesellschaft ein Beschäftigungsverhältnis bestehen. Der Geschäftsführer einer GmbH kann je nach Fallgestaltung sowohl Beschäftigter der Gesellschaft, als auch selbständiger Unternehmer sein, vor allem wenn er zugleich Gesellschafter mit einem mehrheitlichem Anteil am Gesellschaftsvermögen ist. Bei GmbH-Geschäftsführern ist künftig das obligatorische Clearingstellenverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung Bund durchzuführen. Nach der früheren Rechtslage waren Mitglieder des Vorstands einer Aktiengesellschaft keine Beschäftigten und damit auch nicht rentenversicherungspflichtig. Dieser Ausschluss der Rentenversicherungspflicht erstreckte sich bisher auch auf neben der Vorstandstätigkeit in der Aktiengesellschaft ausgeübte andere Beschäftigungen. Dies hat in Einzelfällen zur Gründung von Aktiengesellschaften geführt, deren einziges Ziel in der Umgehung der Rentenversicherungspflicht bestand. Um einen Missbrauch dieser Regelung auszuschließen, sind nach der seit 2004 geltenden Fassung der Vorschrift Mitglieder des Vorstands einer Aktiengesellschaft nur noch in dem Unternehmen, dessen Vorstand sie angehören, rentenversicherungsfrei beschäftigt.

## Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, Leistungen und Beiträge

### Arbeitsentgelt

86 Das Steuerrecht definiert als Arbeitslohn „alle Einnahmen, die dem Arbeitnehmer aus dem Dienstverhältnis zufließen“. In der Sozialversicherung ist die Bedeutung des Lohns, Gehalts, Verdienstes ähnlich hoch, da nur die gegen Entgelt Beschäftigten in der Sozialversicherung versichert sind, und sich aus

der Höhe des Entgelts zahlreiche Leistungen und vor allem die Beiträge berechnen. Der Begriff des Arbeitslohnes im Steuerrecht ist zwar nicht immer identisch mit dem des Arbeitsentgelts in der Sozialversicherung; es bestehen jedoch vielfältige Verknüpfungen zwischen beiden Rechtsgebieten.

87 Alle Einnahmen, laufende und einmalige, aus einer Beschäftigung sind Arbeitsentgelt. Gleichgültig ist, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form die Vergütung erfolgt und grundsätzlich auch, ob auf diese ein Rechtsanspruch besteht. Es ist auch ausreichend, wenn das Entgelt nur im Zusammenhang mit der Beschäftigung, etwa durch einen Dritten, geleistet wird. Allerdings sind bestimmte Leistungen, die zusätzlich zum Lohn oder Gehalt gewährt werden, wie Zulagen, Zuschüsse, Zuschläge und andere, dann nicht zum Arbeitsentgelt hinzuzurechnen, wenn sie lohnsteuerfrei gewährt werden. Anknüpfungspunkt ist also die steuerrechtliche Zuordnung. Soweit solche Bestandteile des Entgelts lohnsteuerfrei gewährt werden, sind diese auch beitragsfrei in der Sozialversicherung. Durch diese Parallelität von Steuer- und Beitragsrecht, die in § 17 SGB IV ausdrücklich vorgesehen ist, werden sowohl Gesichtspunkte der Verwaltungsvereinfachung als auch sozialpolitische Überlegungen einbezogen. Beitragsfreiheit für bestimmte Entgeltbestandteile gilt auch für Beträge nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (§ 10), Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld nach dem Mutterschutzgesetz, für Zuschüsse des Arbeitgebers zum Kurzarbeitergeld, die den Unterschiedsbetrag zwischen 80 v. H. des Soll- und des Ist-Entgelts ausgleichen sowie auch für steuerfrei gewährte Aufwandsentschädigungen und steuerfreie Einnahmen nach § 3 Nr. 26 Einkommensteuergesetz (so genannte Übungsleiter-Pauschale).

88 In einem nicht unwichtigen Punkt besteht jedoch ein Unterschied zwischen Steuerrecht einerseits und dem Beitragsrecht der Sozialversicherung andererseits: Während Steuern auf Arbeitslohn erst fällig werden, wenn der Lohn dem Arbeitnehmer tatsächlich ausbezahlt wird oder zufließt (so genanntes Zuflussprinzip), entstehen Ansprüche der Sozialversicherungsträger auf Beiträge bereits mit dem Entstehen des Lohnanspruchs (so genanntes Entstehungsprinzip). Dies hat in der Praxis zur Folge, dass auch für Lohnbestandteile Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen sind, die dem Arbeitnehmer möglicherweise gar nicht ausgezahlt worden sind. Weil dieses strikte Entstehungsprinzip in der Praxis immer wieder zu

Problemen geführt hat, da bspw. geringfügig Beschäftigte durch Hinzurechnung eines tatsächlich nicht ausgezahlten Weihnachtsgeldes (so genannter „Phantomlohn“) nicht mehr versicherungsfrei zu bewerten waren und der Arbeitgeber daraufhin mit sehr hohen Lohnnachforderungen belastet wurde, ist bei Einmalzahlungen seit 2003 das Entstehungsprinzip zu Gunsten des Zuflussprinzips des Steuerrechts abgelöst worden.

### Arbeitseinkommen

89 In der Sozialversicherung spricht man bei Beschäftigten von Arbeitsentgelt und bei selbständig Tätigen von Arbeitseinkommen. Das Arbeitseinkommen eines Selbständigen ist für den Bereich der Sozialversicherung der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus der selbständigen Tätigkeit. Damit entspricht seit 1995 das Arbeitseinkommen dem Betrag, der im Einkommensteuerbescheid als Summe der Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit ausgewiesen ist. Einzelheiten zum Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen sind genauer in der Arbeitsentgeltverordnung geregelt.

### Sachbezüge

90 Eine Entlohnung kann im Rahmen der vorgegebenen Grenzen (§ 107 Gewerbeordnung) teilweise in Naturalien oder durch sonstige Sachleistungen erfolgen. Dies sind bspw. Deputate, freie oder verbilligte Verpflegung, Unterkunft oder Wohnung, Personalrabatte beim Einkauf beim Arbeitgeber (PKW, Lebensmittel und andere), kostenlose oder verbilligte Bahnfahrten, Flüge und andere Leistungen. Werden derartige Leistungen erbracht, die im Zusammenhang mit einer Beschäftigung stehen, handelt es sich bei den hieraus resultierenden Einsparungen um Arbeitsentgelt, das grundsätzlich bei der Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge, aber auch bei den Leistungen der Sozialversicherung zu berücksichtigen ist. Die Einzelheiten hierzu sind in der jährlich anzupassenden Sachbezugsverordnung erfasst. So werden Pauschalsätze für freie Verpflegung (Frühstück, Mittagessen und Abendessen) sowie für Unterkunft und Wohnung festgesetzt. Bei sonstigen, nicht pauschalierungsfähigen Sachbezügen ist der Preis am Abgabeort, ggf. gemindert um übliche Preisnachlässe, als Wert anzusetzen. Bei Verbilligungen gilt der Unterschied zwischen vereinbartem Preis und Preis am Abgabeort als Wert des Sachbezugs.

Die jeweils geltenden Werte des Sachbezugs können der Sachbezugsverordnung entnommen oder bei den Sozialversicherungsträgern erfragt werden. Der Text der Verordnung ist - wie auch zahlreiche andere Gesetze und Verordnungen - auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Internet abrufbar.

### Einnahmen bei flexibler Arbeitszeitregelung

91 Die Fälligkeit von Sozialversicherungsbeiträgen ist grundsätzlich an die tatsächlich geleistete Arbeit gebunden. Für die im Rahmen des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen angesparten Wertguthaben wird die Fälligkeit der Beiträge auf die Freistellungszeiträume verschoben, die Beiträge werden gestundet. Die Beiträge werden also nicht bei der Erarbeitung des Freistellungsanspruchs abgeführt, sondern erst erhoben, wenn die Freistellung tatsächlich in Anspruch genommen wird und das hierfür vereinbarte Entgelt ausgezahlt wird. Problematisch für die Sozialversicherung sind dabei Wertguthaben, die im so genannten Störfall nicht mehr bestimmungsgemäß verwendet werden können. Für diese Fälle, in denen das angesparte Wertguthaben nicht entsprechend der getroffenen Vereinbarung für eine Freistellung verwendet wird, bestimmt § 23 b SGB IV ein besonderes Verfahren für die Berechnung und Zuordnung der Beiträge zur Sozialversicherung sowie für das Meldeverfahren. Weil auch dieses gegenüber der früheren Regelung schon vereinfachte Verfahren in der Praxis als zu kompliziert erschien, wurde eine benutzerfreundlichere Regelung mit den Tarifpartnern diskutiert, die das Problem der eventuellen Beitrags-erhebung oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in den jeweiligen Versicherungszweigen lösen soll.

### Einmalzahlungen

92 Weihnachts- und Urlaubsgeld, Tantiemen, aber auch zusätzliche Gehälter und einmalige Leistungen ohne konkreten Bezug zu einem Lohnabrechnungszeitraum wie Jubiläumszuwendungen, gehören zum Arbeitsentgelt und sind beitragspflichtige Einmalzahlungen. Da dieses einmalig gezahlte Arbeitsentgelt nicht für die Arbeitsleistung in einem Lohnabrechnungszeitraum erfolgt, sondern über längere Zeiträume erarbeitet wird, gilt für dieses Arbeitsentgelt auch nicht die monatliche Beitragsbemessungsgrenze, sondern die anteilige jährliche Beitragsbemessungsgrenze. Durch diese auf das Jahr verteilte Beitragsbemessung werden im jährlichen Durchschnitt die

Einkommen weitgehend gleich verteilt belastet. Bei geringfügiger Beschäftigung sind Einmalzahlungen ebenfalls anteilig auf das durchschnittliche jährliche Arbeitsentgelt zu verteilen. Da Einmalzahlungen nicht unvorgesehen gewährt werden, greift hier auch nicht die Vereinbarung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung in den so genannten Geringfügigkeits-Richtlinien, dass ein bis zu zweimaliges Überschreiten der Entgeltgrenze für den Status der versicherungsfreien Beschäftigung unschädlich ist.

### **Bezugsgröße**

93 Die Bezugsgröße ist eine der so genannten Rechengrößen der Sozialversicherung. Sie gibt einen Geldbetrag an, der jährlich an die Einkommensentwicklung aus dem durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelt im vorvergangenen Jahr aller in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten angepasst wird. Die Bezugsgröße wird in zahlreichen Regelungen der Sozialversicherung als Rechenmaßstab zugrunde gelegt. Sie beträgt im Jahr 2006 für die alten Bundesländer 29.400 Euro (monatlich 2.450 Euro) und für die neuen Bundesländer 24.780 Euro (monatlich 2.065 Euro).

### **Einführung des Euro**

94 Seit dem 1. Januar 1999 ist in Deutschland die DM durch den Euro abgelöst worden. Da es den Euro aber erst seit 1. Januar 2002 als gültiges Zahlungsmittel gibt, waren für eine Übergangszeit Zahlungen in Euro und DM möglich. Seit 1. Januar 2002 sind Zahlungen nur noch in Euro möglich

### **Gesamtsozialversicherungsbeitrag**

95 Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist an die zuständige Krankenkasse als Einzugsstelle zu zahlen. Er umfasst die Beiträge für die kraft Gesetzes in der Kranken- und Pflegeversicherung und/oder der Rentenversicherung versicherten Beschäftigten oder Hausgewerbetreibenden sowie den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag zur Bundesagentur für Arbeit. Schuldner des Gesamtsozialversicherungsbeitrags ist der Arbeitgeber. Er haftet unabhängig davon, wer die Beiträge letztlich zu tragen hat; ihn treffen auch die ggf. erforderlichen Zwangsmaßnahmen der Einzugsstelle. Zahlungspflichtig ist auch derjenige, der die Arbeitgeberpflichten zu erfüllen hat oder als Arbeitgeber gilt. Bei Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) haften sowohl der Verleiher als auch der Entleiher; bei unerlaubter Arbeitnehmerüberlassung wird diese Haftung verschärft.

96 Der Arbeitgeber hat einen Anspruch gegen den Beschäftigten auf den von diesem zu tragenden Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrages. Diesen Anspruch kann er nur durch Abzug vom Arbeitsentgelt realisieren. Ein unterbliebener Abzug darf grundsätzlich nur bei den nächsten drei Lohn- oder Gehaltszahlungen nachgeholt werden. Dies gilt nicht, wenn der Beschäftigte seinen Auskunfts- und Vorlagepflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist.

97 Die Fälligkeit der laufenden Beiträge bzw. die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags durch den Arbeitgeber ist zum 1. Januar 2006 neu geregelt worden. Die Fälligkeit der laufenden Beiträge richtet sich nach der Satzung der zuständigen Kranken- und Pflegekasse und die Beiträge sind in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung ausgeübt wird; ein verbleibender Restbetrag wird zum drittletzten Bankarbeitstag des Folgemonats fällig. Sonstige Beiträge werden spätestens am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind. Mit dieser Neuregelung wird die frühere großzügige Regelung abgelöst, nach der die Beiträge erst ca. zwei Wochen nach der Entgeltauszahlung fällig waren. Da durch die Vorverlegung der Fälligkeit die Arbeitgeber im Jahr 2006 insgesamt 13 Beiträge abzuführen haben, wurde für liquiditätsschwache Unternehmen eine Übergangsregelung eingefügt, wonach die Beiträge für Januar 2006 auf sechs Monate verteilt gezahlt werden können. Die Vorverlegung ist bei vielen Arbeitgebern auf Kritik gestoßen, vor allem die Regelung der Schätzung der voraussichtlichen Beitragsschuld. Wird im Rahmen schriftlich vereinbarter flexibler Arbeitszeit Arbeitsentgelt in Zeiten der Freistellung fällig, so ergibt sich die Fälligkeit der Beiträge aus der Fälligkeit des Arbeitsentgelts. Der Arbeitgeber hat der Einzugsstelle monatlich einen Beitragsnachweis einzureichen, anderenfalls kann die Einzugsstelle das beitragspflichtige Arbeitsentgelt schätzen. Bei verspäteter Zahlung werden Säumniszuschläge in Höhe von 1. v. H. je Monat erhoben.

98 Der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber die für die Durchführung der Sozialversicherung erforderlichen Angaben zu machen und Unterlagen vorzulegen. Der Arbeitgeber muss Lohnunterlagen in deutscher Sprache für alle Beschäftigten unabhängig davon führen, ob der einzelne Arbeitnehmer der Versicherungspflicht unterliegt oder versicherungsfrei ist.

Diese Verpflichtung besteht für private Haushalte nicht. Landwirte können für mitarbeitende Familienangehörige von dieser Pflicht ausgenommen werden. Kommt der Arbeitgeber seinen Aufzeichnungspflichten nicht nach, können die Beiträge ggf. von der Gesamtsumme der gezahlten Arbeitsentgelte erhoben werden.

### Sozialversicherungsbeiträge

99 Zum Wesen der Sozialversicherung gehören der Risikoausgleich und die Deckung des Bedarfs durch die Beteiligten der solidarischen Versicherung. Die Mittel der Sozialversicherung werden durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen aufgebracht. Dabei sind die Beiträge die wichtigsten Einnahmen der Sozialversicherungsträger. Grundsatz ist, dass die versicherten Arbeitnehmer und aus Gründen der Fürsorge deren Arbeitgeber die Kosten des sozialversicherungsrechtlichen Sicherungssystems aufzubringen haben. Staatliche Zuschüsse haben im Wesentlichen nur eine haushaltsausgleichende Funktion bzw. dienen dem Ausgleich so genannter versicherungsfremder Leistungen. Dieser haushaltsdeckende Bundeszuschuss hat bspw. in der gesetzlichen Rentenversicherung ein Finanzvolumen aller vom Bund zu tragenden Leistungen in Höhe von fast 62 Mrd. Euro und soll daher durch zahlreiche ausgabendämpfende und Mehreinnahmen für die Sozialversicherung bewirkende Maßnahmen in einem Haushaltsbegleitgesetz 2006 deutlich reduziert werden.

100 Die Höhe der Beiträge bemisst sich nach dem Beitragssatz und der Bemessungsgrundlage. Die gesetzlich festgelegten Beitragssätze betragen für das Jahr 2006 z. Z.:

in der Rentenversicherung	19,5 %
in der Pflegeversicherung	1,7 %
und zur Bundesagentur für Arbeit	6,5 %.

Mit dem vorerwähnten Haushaltsbegleitgesetz soll der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung ab Januar 2007 um 2 Prozentpunkte auf 4,5% abgesenkt werden, wobei diese Mindereinnahme durch eine gleichzeitige Mehrwertsteuererhöhung kompensiert werden soll, des Weiteren soll der Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung auf 19,9 % angehoben werden.

101 Die Beitragssätze in der Krankenversicherung werden durch Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgesetzt und schwanken ganz erheblich; durchschnittlich beträgt der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Stand Januar 2006 13,28%. Daneben wird ein mitgliederbezogener Zusatzbeitrag von 0,9 v. H. erhoben. Die Höchst- und Niedrigsätze schwanken zum gleichen Zeitpunkt zwischen 11,3 und 14,6%. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen grundsätzlich je die Hälfte der Beiträge. Abweichend vom allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung beläuft sich der Beitragssatz in der knappschaftlichen Rentenversicherung auf 25,9 v. H., von dem die Arbeitnehmer nur 9,75 v. H. und die Arbeitgeber 16,15% tragen. Die Beitragssätze der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung werden dem jeweiligen Finanzbedarf der Versicherung angepasst.

102 Beitragsbemessungsgrundlage Versicherungspflichtiger sind die beitragspflichtigen Einnahmen. Dies sind regelmäßig das Arbeitsentgelt bzw. das Arbeitseinkommen. Für besondere Personengruppen, etwa bei den in geschützten Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen, gelten ebenso wie für freiwillig Versicherte Ausnahmen hiervon. Beiträge zur Rentenversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit werden höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben. Diese Grenze setzt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales jährlich entsprechend der Entwicklung der Brutto-lohn- und -gehaltssumme fest. Für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung gilt bundeseinheitlich die Jahresarbeitsentgeltgrenze, die 75% der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (West) beträgt. Entsprechend dem Zweck der gesetzlichen Sozialversicherung, dem Versicherten eine angemessene, aber in Höhe und Umfang nicht unbegrenzte soziale Absicherung zu gewährleisten, setzt die Beitragsbemessungsgrenze einen Rahmen für den Sicherungsumfang und beschränkt die solidarische Einstandspflicht aller Versicherten. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze der Krankenversicherung ist für diese auch die Versicherungspflichtgrenze, ab der der Versicherte sich entweder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichern kann.

Die Versicherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze sind in der Krankenversicherung unterschiedlich hoch. Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt für 2006 in der Krankenversicherung bundeseinheitlich 42.750 Euro (monatlich 3.562,50 Euro).

Die Beitragsbemessungsgrenzen belaufen sich für das Jahr 2006 auf:

<b>Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit</b>	
West	63.000 Euro (5.250 Euro monatlich)
Ost	52.800 Euro (4.400 Euro monatlich)
<b>knappschaftliche Rentenversicherung</b>	
West	77.400 Euro (6.450 Euro monatlich)
Ost	64.800 Euro (5.400 Euro monatlich)
<b>Jahresarbeitsentgeltgrenze gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bundeseinheitlich</b>	
	47.250 Euro (3.937,50 Euro monatlich).

*103* Bei einem Arbeitsentgelt bis zur so genannten Geringverdienergrenze - nicht zu verwechseln mit der Entgeltgrenze der geringfügigen Beschäftigung - trägt der Arbeitgeber im Rahmen der betrieblichen Berufsausbildung die Beiträge allein. Die Geringverdienergrenze wurde zum 1. April 2003 einheitlich auf 400 Euro monatlich festgelegt. Wird diese Grenze überschritten, tritt an die Stelle der arbeitgeberseitigen Beitragstragung die reguläre Beitragstragung von je der Hälfte. Da diese Anhebung auf zahlreichen Widerspruch, insbesondere bei Arbeitgebern von Auszubildenden in den neuen Bundesländern gestoßen war, wurde die Geringverdienergrenze mit Wirkung von 1. August 2003 wieder auf den alten Wert von 325 Euro abgesenkt und gleichzeitig die bis dahin in den Beitragstragungsvorschriften der einzelnen Zweige der Sozialversicherung geregelte Geringverdienergrenze „vor die Klammer gezogen“ und im SGB IV eingestellt.

*104* Die Arbeitsentgelte aus mehreren Beschäftigungsverhältnissen, auch geringfügigen, werden zusammengerechnet. Seit April 2003 darf neben einer nicht geringfügigen Beschäftigung eine geringfügige Beschäftigung ohne Zusammenrechnung ausgeübt werden, allerdings sind für die geringfügige Beschäftigung die Pauschalbeiträge zu zahlen. Das gesamte Arbeitsentgelt wird somit bis zur Beitragsbemessungsgrenze bzw. bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze der Beitragserhebung zu Grunde gelegt. Bei geringfügig Beschäftigten ist ein bis zu zweimal unvorhergesehenes Überschreiten der Entgeltgrenze unschädlich; allerdings sind gewährte Urlaubs- und Weihnachtsgelder nicht vorgesehen, so dass es bei der auf das Jahr umzurechnenden Erhöhung des Entgelts zur Versicherungspflicht kommt, wenn das Entgelt im Monat 400 Euro übersteigt. Eine Erleichterung für Arbeitgeber ist hier der vollzogene Über-

gang zum so genannten Zuflussprinzip bei Einmalzahlungen, d. h., diese werden erst bei tatsächlicher Auszahlung auf das Arbeitsentgelt angerechnet.

*105* Für versicherungspflichtige Selbständige, Handwerker, Heimarbeiter, selbständige Künstler und Publizisten sowie für Landwirte bestehen ebenso wie für krankenversicherungspflichtige Studenten und Rentner besondere Bestimmungen. Für die Beiträge zur Rentenversicherung für Zeiten der Kindererziehung kommt der Bund auf. Besonderheiten hinsichtlich der Beitragstragung und der Beitragsentrichtung gibt es für Wehr- und Zivildienstleistende, Entwicklungshelfer, Absolventen vom freiwilligen sozialen und freiwilligen ökologischen Jahr, behinderte Menschen in geschützten Werkstätten und Mitglieder von Genossenschaften und Gemeinschaften. Sofern Träger der Sozialversicherung Ersatzleistungen für entfallenes Arbeitsentgelt erbringen, übernehmen sie - teilweise im Verbund mit den Arbeitgebern, etwa bei der Entgeltfortzahlung - die Beitragsleistungen. Freiwillig Versicherte in der Rentenversicherung und die pflichtversicherten Selbständigen tragen ihre Beiträge in vollem Umfang selbst.

*106* Die gesetzliche Unfallversicherung wird (bisher) nur durch Beiträge der Unternehmer finanziert. Allerdings haben hier einige Branchen und Berufsverbände, deren Beiträge besonders hoch sind, in der Vergangenheit eine Änderung dieser einseitigen Beitragstragung gefordert, bspw. die Bauwirtschaft. Die Höhe der Beiträge richtet sich grundsätzlich nach dem Arbeitsverdienst der Versicherten im jeweiligen Unternehmen und nach dem Grad der Unfallgefahr (Gefahrklassen), ferner natürlich auch nach dem Finanzbedarf des jeweiligen Unfallversicherungsträgers.

### **Beitragszuschüsse**

*107* Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind oder von der Versicherungspflicht Befreite erhalten von ihrem Arbeitgeber

- bei freiwilliger Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Pflichtbeitrags, höchstens jedoch die Hälfte des zu zahlenden tatsächlichen Beitrags als Beitragszuschuss oder
- bei privater Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen als Zuschuss die Hälfte



eines als durchschnittlich errechneten Höchstbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung, höchstens jedoch die Hälfte des zu zahlenden tatsächlichen Versicherungsbeitrags.

### **Beitragseinzug und Prüfung**

*108* Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird von der zuständigen Krankenkasse als Einzugsstelle eingezogen. Zuständig für den Beitragseinzug ist die Krankenkasse, bei der die Krankenversicherung des Beschäftigten durchgeführt wird. Der Arbeitgeber hat an diese die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit zu zahlen. Die Einzugsstelle überwacht die Einreichung des Beitragsnachweises und den Eingang des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Sie leitet die Beiträge an die zuständigen Versicherungsträger weiter. Sie entscheidet über Versicherungspflicht und Beitragshöhe in den Versicherungszweigen, macht nicht rechtzeitig eingegangene Beitragsansprüche geltend, erhebt Säumniszuschläge und entscheidet im Widerspruchsverfahren. Kann die Einzugsstelle die Höhe des Arbeitsentgelts nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Arbeitsaufwand ermitteln, schätzt sie diese unter Berücksichtigung des ortsüblichen Arbeitsentgelts. Die Einzugsstelle gleicht mindestens einmal jährlich die gezahlten mit den gemeldeten Beiträgen ab und teilt das Ergebnis dem Arbeitgeber mit. Bei geringfügigen Beschäftigten ist seit April 2003 die zuständige Einzugsstelle die Bundesknappschaft als Träger der Rentenversicherung, hier die so genannte Minijob-Zentrale. Seit 2005 zieht diese auch den für die Unfallversicherung zu zahlenden Beitrag vom Arbeitgeber ein.

*109* Die Prüfung der Arbeitgeber ist 1996 als Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes von den Einzugsstellen auf die Rentenversicherung übergegangen. Durch die Änderung der Krankenversicherung kam es zu einem Wettbewerb der Kassen um Mitglieder. Dieser Wettbewerb ist mit der Notwendigkeit einer neutralen Prüfung der Arbeitgeber nicht zu vereinbaren.

Die Träger der Rentenversicherung prüfen mindestens alle vier Jahre insbesondere, ob die Beitragszahlungs- und Meldepflichten von den Arbeitgebern ordnungsgemäß erfüllt werden. Einzugsstelle und Arbeitgeber können eine vorzeitige Prüfung fordern. Die Prüfung erstreckt sich auch auf Lohnunterlagen der Beschäftigten, für die Beiträge nicht gezahlt wurden. Die Arbeitgeber sind zu einer angemessenen

Prüfhilfe verpflichtet. So weit steuerberatende Stellen, Rechenzentren oder vergleichbare Institute für Arbeitgeber Löhne und Gehälter abrechnen oder Meldungen erstatten, werden diese ebenfalls geprüft. Eine Prüfung der Arbeitgeber erfolgt bei Beschäftigten in privaten Haushalten nicht. Ferner erfolgt auch eine Prüfung der Einzugsstellen durch die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit.

*110* Für die im Rahmen des Beitragseinzugs und der Meldeverfahren erbrachten Leistungen erhalten die Krankenkassen, die Träger der Rentenversicherung (auch die Minijobzentrale) und die Bundesagentur für Arbeit zur Abgeltung der Kosten eine Vergütung. Diese wird gegeneinander aufgerechnet, so dass die Krankenkassen als Einzugsstellen derzeit eine Vergütung von den anderen Trägern erhalten.

### **Haushaltsscheck**

*111* Zur Förderung von Beschäftigung in Privathaushalten wurde nach französischem Vorbild 1997 das Haushaltsscheckverfahren eingeführt. Bei der Neuordnung der geringfügigen Beschäftigung zum 1. April 2003 wurde das Haushaltsscheckverfahren für Beschäftigte in privaten Haushalten zwingend vorgeschrieben, wenn das Entgelt 400 Euro nicht übersteigt. Der Arbeitgeber erteilt der Minijobzentrale eine Ermächtigung zum Einzug des Beitrags. Der Haushaltsscheck ist vom Arbeitgeber und vom Beschäftigten zu unterschreiben. Beim Haushaltsscheckverfahren entfällt die ansonsten erforderliche Jahresmeldung des Arbeitgebers.

## **Meldepflichten, Prüfungen und Kontrollmechanismen**

### **Meldepflichten des Arbeitgebers**

*112* Der dritte Abschnitt des SGB IV enthält eine einheitliche gesetzliche Regelung der Meldungen des Arbeitgebers und ihrer Weiterleitung in den Versicherungszweigen. Der 2. Titel befasst sich mit dem Verfahren und der Haftung bei der Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Der 3. Titel enthält Vorschriften zur Auskunfts- und Vorlagepflicht der Beschäftigten, zur Überwachung und Prüfung der Beitragszahlung sowie zur Schadensersatz- und Verzinsungspflicht der Einzugsstelle bei schuldhafter Pflichtverletzung. Soweit der Arbeitgeber verpflichtet - und gegenüber dem Beschäftigten mit Ansprü-



chen ausgestattet - wird, handelt es sich bei dem Meldeverfahren um eine so genannte Inpflichtnahme Privater. Meldepflichtig ist generell der Arbeitgeber. Der Beschäftigte hat ihm alle zur Durchführung der Meldungen erforderlichen Angaben zu machen. Für jeden in der Kranken- und Rentenversicherung kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten oder nach dem 3. Buch Sozialgesetzbuch beitragspflichtigen Arbeitnehmer ist bei bestimmten, das Beschäftigungsverhältnis, die Mitgliedschaft oder die Versicherungspflicht sowie die persönlichen Daten betreffenden Anlässen eine Meldung per Datenübertragung oder auf einem bundeseinheitlichen Vordruck an die zuständige Krankenkasse als Einzugsstelle abzugeben.

*113* Am Jahresende hat der Arbeitgeber eine Jahresmeldung abzugeben. Seit 1999 sind auch die geringfügig Beschäftigten in das allgemeine Meldeverfahren einbezogen.

*114* Bereits 1983 wurde das Meldeverfahren in der Sozialversicherung vereinheitlicht und in zwei Verordnungen zusammengefasst, die vor allem die maschinelle Übertragung und Verarbeitung der millionenfach bei den Trägern eingehenden Meldungen ermöglichten. Seit 1998 gilt hier einheitlich die Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV). Bei den jeweils zu erstattenden Meldungen sind vor allem die persönlichen Daten des Beschäftigten und die Kerndaten seiner Beschäftigung anzugeben. Daneben sind auch die Betriebsnummer des Arbeitgebers und weitere Kenndaten der Betriebsstätte anzugeben.

### **Sonstige Pflichten der Arbeitgeber und der Beschäftigten**

*115* Der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben zu machen und soweit erforderlich, Unterlagen vorzulegen. Es versteht sich von selbst, dass diese Vorschrift nicht nur bei Beginn der Beschäftigung, sondern während der gesamten Dauer der Beschäftigung gilt. Die Auskunftspflicht des Beschäftigten gilt auch für geringfügig Beschäftigte und ist gegenüber dem Arbeitgeber privatrechtlicher Natur. Diese nur auf die Meldung und den Beitragsabzug beschränkten gemeinsamen Vorschriften werden durch öffentlich-rechtliche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten des Beschäftigten in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung beim Leistungsbezug ergänzt. So hat der Beschäftigte nach den gemeinsamen Vorschriften

auf Verlangen den zuständigen Versicherungsträgern unverzüglich Auskunft über die Art und Dauer seiner Beschäftigungen, die hierbei erzielten Arbeitsentgelte, seine Arbeitgeber und die für die Erhebung von Beiträgen notwendigen Tatsachen zu erteilen und alle für die Prüfung der Meldungen und der Beitragszahlung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Diese Verpflichtung besteht auch dann, wenn der Beschäftigte nicht mehr bei dem früheren Arbeitgeber beschäftigt ist. Diese Auskunftspflicht gilt auch für Hausgewerbetreibende. Für Arbeitgeber ist im SGB X geregelt, in welchem Umfang sie der zuständigen Einzugsstelle oder dem Versicherungsträger auskunfts- und vorlagepflichtig sind.

### **Sozialversicherungsausweis**

*116* Die Rentenversicherungsträger stellen für jeden Beschäftigten einen Sozialversicherungsausweis aus. Dieser enthält Name, Vorname, Geburtsname und die Versicherungsnummer der Rentenversicherung sowie den mehrsprachigen Aufdruck „Sozialversicherungsausweis“. Ist der Sozialversicherungsausweis zerstört, abhanden gekommen oder unbrauchbar geworden, wird auf Antrag ein neuer Ausweis ausgestellt. Eine Neuausstellung wird von Amts wegen bei Änderungen der persönlichen Daten oder der Versicherungsnummer vorgenommen. Unbrauchbare und ggf. weitere Ausweise müssen vom Beschäftigten zurückgegeben werden. Jeder Beschäftigte darf nur einen, auf seinen Namen ausgestellten Ausweis besitzen. Für Beschäftigte in Wirtschaftsbereichen, in denen vermehrt Beschäftigungsverhältnisse ohne Beachtung der Sozial- und Steuergesetze sowie des Ausländerrechts festgestellt wurden, und in denen der Beschäftigte zur Mitführung des Sozialversicherungsausweises verpflichtet ist, wird der Ausweis mit einem Lichtbild versehen.

*117* Der Sozialversicherungsausweis mit seinen gesetzlich normierten Vorlage- und Mitführungspflichten soll insbesondere als Instrument dafür dienen, bestimmte gemeinschaftsschädigende Erscheinungen im System sozialer Sicherung zu bekämpfen, vor allem die der illegalen Beschäftigung und der missbräuchlichen Inanspruchnahme von Sozialleistungen. Als illegale Beschäftigung werden dabei nicht nur solche Arbeitsverhältnisse angesehen, die unter Verstoß gegen ein Beschäftigungsverbot eingegangen wurden, sondern auch solche, bei denen nur „einfache“ Verstöße gegen Bestimmungen des Steuer- und Sozialversicherungsrechts vorliegen.

Beim Sozialversicherungsausweis sind auch die Belange des Datenschutzes zu beachten, so dass eine beliebige Weitergabe der personenbezogenen Daten nicht zulässig ist; die Angaben auf dem Sozialversicherungsausweis fallen auch unter das Sozialgeheimnis. Da der Beschäftigte den Ausweis bei Beginn der Beschäftigung dem Arbeitgeber vorzulegen hat, ist sein Status als Beschäftigter sofort erkennbar.

*118* In bestimmten Branchen und Wirtschaftszweigen, wie dem Bau-, Schausteller- und Gebäudereinigungsgewerbe, im Gaststätten- und Beherbergungsgewerbe, im Personen- und Güterbeförderungsgewerbe sowie beim Auf- und Abbau von Messen und Ausstellungen ist der mit einem Lichtbild versehene Ausweis ständig mitzuführen und den Prüfern der zuständigen Behörden auf Verlangen vorzulegen. Der Arbeitgeber hat die Beschäftigten über diese Mitführungspflicht zu belehren. Kontrollen können ohne Vorankündigung und ohne konkreten Verdacht durch die zuständigen Behörden durchgeführt werden; hierzu können Grundstücke und Geschäftsräume betreten sowie Unterlagen des Arbeitgebers eingesehen werden.

*119* Arbeitnehmer, die im Rahmen eines im Ausland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in die Bundesrepublik entsandt werden (Einstrahlung), erhalten von einer frei gewählten Krankenkasse einen für die Dauer der Entsendung befristeten Ersatzausweis. Dieser wird ausgestellt, wenn die Zulässigkeit der Beschäftigungsaufnahme nachgewiesen wird. Da sich der Sozialversicherungsausweis in der Vergangenheit als nicht in allen Fällen missbrauchs- und fälschungssicher herausgestellt hat, ist seine Bedeutung in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Derzeit werden Überlegungen angestellt, den Sozialversicherungsausweis in einigen Jahren durch eine weitergehende und umfassendere Jobcard zu ersetzen; allerdings sind die damit verbundenen Probleme nach wie vor sehr groß, so dass mit einer baldigen Einführung wohl nicht zu rechnen ist.

## **Bußgeldvorschriften und Haftungsfragen**

*120* Die melderechtlichen Regelungen und die Regelungen über den Sozialversicherungsausweis normieren konkrete verfahrensrechtliche Pflichten, deren Verletzung in verschiedener Weise sanktioniert ist: Als Ordnungswidrigkeiten ist die Verletzung

zahlreiche Pflichten bußgeldbewehrt, wobei die einzelne Geldbuße bis zu 5.000 Euro betragen kann, in Sonderfällen einer besonders hartnäckigen Verweigerung gegenüber der Sozialversicherung sogar bis zu 50.000 Euro. Daneben sind unter Umständen sogar strafrechtliche Schritte denkbar, etwa bei Beitragsvorenthaltung durch Betrug und Urkundenfälschung oder die spezielle Strafvorschrift des Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt (§ 266a StGB). Diese Strafandrohungen bei Pflichtverletzung haben ihren Grund in dem Umstand, dass die Beachtung von Meldepflichten und sonstigen Pflichten des Arbeitgebers und die Befolgung der Pflichten beim Sozialversicherungsausweis Voraussetzungen sind für eine wirksame Bekämpfung illegaler Beschäftigung und unberechtigtem Leistungsbezug. Wer als Arbeitgeber seine Melde- und Beitragspflichten nicht ordnungsgemäß erfüllt, verweigert seine Mitwirkung bei der Durchführung dieser Regelungen und gefährdet die damit verfolgten Ziele. Das Gleiche gilt für Beschäftigte, die mit dem Sozialversicherungsausweis missbräuchlich umgehen oder ihre Pflichten gegenüber dem Versicherungsträger verletzen. Diese Pflichtverletzungen werden durch den zuständigen Sozialversicherungsträger verfolgt, wobei deren Verfolgung und Ahndung in das pflichtgemäße Ermessen der Behörden gestellt ist.

*121* Die melderechtlichen Regelungen sind darüber hinaus Schutzgesetze im Sinne des Privatrechts, deren Verletzung zu einer Haftung des Bürgers oder zu einer Amtspflichtverletzung führen kann; denkbar sind auch Pflichtverletzungen der Träger oder verschiedener Behörden untereinander.

## **Haushalts- und Rechnungswesen**

### **Sozialbudget**

*122* Das Sozialbudget ist die Summe aller Ausgaben von Unternehmen, Organisationen, privaten Haushalten sowie der öffentlichen Hand für soziale Zwecke. Diese umfassen Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zur Sozialversicherung ebenso wie soziale Leistungen des Staates für Kinder- und Wohngeld, Sozialhilfe und anderes aus Steuermitteln finanziertes. Die Sozialausgaben sind in den vergangenen Jahrzehnten stark angestiegen. Während 1960 in der Bundesrepublik Deutschland noch 32,6 Mrd. Euro für soziale Belange ausgegeben wurden, beliefen sich die Sozialausgaben 1980 bereits auf 230

Mrd. Euro. Nach der Wiedervereinigung erreichten sie einen Stand von 427,3 Mrd. Euro. Das Sozialbudget weist für 2003 an sozialen Leistungen einen geschätzten Umfang von rd. 694,4 Mrd. Euro aus, die Sozialleistungsquote - also das Verhältnis von Sozialleistungen zum Bruttoinlandsprodukt (für 2003 insgesamt 2.128,2 Mrd. Euro) - betrug 32,6%. Der weitaus größte Teil der gesamten sozialen Leistungen wird von Sozialversicherungsträgern, die selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, aus Beiträgen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber, aus öffentlichen Mitteln und aus Vermögenserträgen erbracht.

Der Bundeshaushalt bzw. die Finanzplanschätzungen sahen für das Jahr 2005 im Etat des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung einen Ausgabenblock für Rentenversicherungsleistungen neben anderen Ausgaben für die Soziale Sicherung in Höhe von rd. 78,0 Mrd. Euro vor, das sind 30,7% des gesamten Bundeshaushalts in der für 2005 veranschlagten Höhe von 254,3 Mrd. Euro. Die endgültigen Zahlen für 2006 sind noch nicht abschließend festgelegt.

### **Haushalte der Sozialversicherungsträger**

*123* Wegen des hohen finanziellen Volumens und auf Grund des sehr umfangreichen Einsatzes öffentlicher Mittel verdienen die Haushalte und Rechnungsergebnisse insbesondere der größeren Sozialversicherungsträger besonderes öffentliches Interesse. Bei Sozialversicherungsträgern stellt die Vertreterversammlung (bei der Bundesagentur für Arbeit und bei Krankenkassen der Verwaltungsrat) in öffentlicher Sitzung den Haushaltsplan fest. Dementsprechend wird auch die Jahresrechnung in öffentlicher Sitzung im Entlastungsverfahren der Vertreterversammlung bzw. des Verwaltungsrates erörtert.

*124* Jeder Sozialversicherungsträger hat in eigener Verantwortung für jedes Haushaltsjahr einen Haushaltsplan aufzustellen, der der Feststellung des Finanzbedarfs und seiner Deckung dient. Außerdem muss er das zur Deckung von Einnahme- und Ausgabeschwankungen erforderliche Eigenkapital (Betriebsmittel Rücklage, Schwankungsreserve und das zur Durchführung seiner Verwaltungsgeschäfte erforderliche Verwaltungsvermögen) ansammeln, bereithalten, anlegen und verwalten. Der Haushaltsplan soll die Grundlage für die Haushalts- und Wirtschaftsführung sein und sicherstellen, dass ins-

besondere die gesetzlich vorgeschriebenen Ausgaben geleistet werden können.

*125* Über die Ausführung des Haushaltsplans ist getrennt nach Haushaltsjahren Buch zu führen und Rechnung zu legen. Dazu gehört auch der Nachweis über das Vermögen und die Schulden. Darüber hinaus haben die Sozialversicherungsträger durch die Erstellung von Geschäfts- und Rechnungsergebnissen über ihre Tätigkeit zu berichten. Zusammenfassungen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse werden regelmäßig veröffentlicht; daneben werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und vom Bundesministerium für Gesundheit statistische und finanzielle Berichte über einzelne Versicherungszweige herausgegeben.

### **Haushalts- und Rechnungslegungsvorschriften für die Sozialversicherung**

*126* Für die Sozialversicherung gelten die Grundsätze des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder, so weit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist. Solche gesetzlichen Regelungen sind in den §§ 67 ff SGB IV für alle Versicherungsträger geschaffen worden. Für das Haushaltsrecht der Bundesagentur für Arbeit gelten die Vorschriften der Bundeshaushaltsordnung sinngemäß, so weit nicht Sonderbestimmungen im SGB IV enthalten sind. Näheres zu den Regelungen des Haushaltsrechts der Sozialversicherung ist ferner durch Rechtsverordnungen geregelt.

Bislang war nur bei Maßnahmen von erheblicher finanzieller Bedeutung eine Nutzen-Kosten-Untersuchung vorgesehen. Seit 1. Januar 2001 wurde durch das 1. SGB IV - Änderungsgesetz die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf alle finanzwirksamen Maßnahmen ausgeweitet. Ferner ist in geeigneten Bereichen eine Kosten- und Leistungsrechnung durchzuführen.

*127* Die Haushalts- und Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherung berücksichtigen, dass die soziale Sicherung als staatliche Aufgabe, auch wenn sie von selbstverwalteten Körperschaften erfüllt wird, nach den Grundsätzen staatlicher Haushalts- und Finanzwirtschaft durchzuführen ist. Allerdings sind die Besonderheiten der Sozialversicherungsträger zu beachten, insbesondere ihre traditionelle und gegliederte Struktur, ihre unterschiedliche Größe und ihre jeweils besonderen Aufgaben und Finanzierungsprinzipien. Es gelten für die Sozialversicherungsträger die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Datenverarbeitung in vergleichbarer Weise, wie sie

für die Privatwirtschaft entwickelt worden sind. Die Anwendung der doppelten Buchführung ist ebenso üblich. Die Vermögensgegenstände, die Forderungen und Schulden sowie das Eigenkapital werden nach ähnlichen Grundsätzen wie bei privaten Firmen bilanziert. Auch wenn es nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, geben die meisten größeren Versicherungsträger jährlich einen Geschäftsbericht heraus.

### **Aufbau der Haushaltspläne**

*128* Die Haushaltspläne der Sozialversicherungsträger sind jeweils entsprechend dem gültigen Kontenrahmen zu gliedern; dabei sind Einnahmen und Ausgaben getrennt zu veranschlagen. Bei den Einnahmen sind alle erfolgswirksamen Einnahmen wie Beiträge der Versicherten, Zuschüsse des Staates, Erstattungen (z. B. von anderen Sozialversicherungsträgern oder von Haftpflichtversicherungen) und Zinsen aus Vermögensanlagen anzusetzen. Einnahmen, die im Auftrag anderer Träger erhoben werden, werden als durchlaufende Posten nicht veranschlagt, bspw. die von den Krankenkassen eingezogenen Anteile anderer Träger am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Als Ausgaben sind in Untergliederung die gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungen, die Verwaltungskosten, die Investitionsausgaben sowie Zins- und sonstiger Aufwand zu veranschlagen.

*129* Die Personalausgaben sind im Haushaltsplan besonders transparent zu machen. Die Stellen der Beamten und der Dienstleistungsangestellten sind nach Besoldungsgruppen getrennt darzustellen. Für die Angestellten und Arbeiter sind die Haushaltsansätze detailliert zu erläutern. Kosten für Baumaßnahmen (außer Planungskosten) müssen zur Veranschlagung nachgewiesen werden, sonst gelten sie als gesperrt. Vor Baubeginn ist, so weit erforderlich, die aufsichtsbehördliche Genehmigung einzuholen. Die Aufträge für Architekten, Baufirmen und Dienstleister sollen nach öffentlicher, ggf. europaweiter Ausschreibung vergeben werden.

### **Gestaltung des Haushaltsplans durch die Selbstverwaltung**

*130* Die Höhe und Zusammensetzung der Ausgaben für die gesetzlichen Leistungen sowie die Höhe der Beitragseinnahmen, so weit diese durch gesetzlich vorgeschriebene Beitragssätze bestimmt sind, kann die Selbstverwaltung praktisch kaum beeinflussen. Sie kann jedoch die satzungsbedingten Ausgaben im Rahmen ihrer Satzungsautonomie, die Verwal-

tungs- und Investitionsausgaben und - so weit Beiträge von der Selbstverwaltung zu bestimmen sind - auch die Beitragseinnahmen sowie die Zu- und Abnahme des Vermögens in gewissem Rahmen, z. B. durch zeitliche Verlagerungen steuern. Bei den Personalausgaben für ihre Beschäftigten finden die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung ihre Grenzen im Beamtenrecht und in den von der staatlichen Aufsicht genehmigten Dienstordnungen und Stellenplänen. Die Bedeutung des Personalhaushalts der Sozialversicherungsträger ergibt sich schon auf Grund der Zahl von insgesamt mehr als 350.000 Beschäftigten.

*131* Die Selbstverwaltung muss bei der Aufstellung und Ausführung der Haushaltspläne sicherstellen, dass die Aufgaben des Sozialversicherungsträgers unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllt werden. Vorrang haben dabei die gesetzlichen Leistungen, auf die der Bürger einen Anspruch hat. Sie können nicht etwa auf Grund von Haushaltsengpässen eingespart oder verzögert werden. Sollte ein Haushaltsplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht in Kraft getreten sein, findet eine vorläufige Haushaltsführung statt. Bei unvorhergesehenen Ausgaben, die nicht im Haushaltsplan berücksichtigt sind, dürfen die überplanmäßigen oder außerplanmäßigen Ausgaben nur mit Einwilligung des Vorstandes getätigt werden. Hierzu bedarf es bei größeren Änderungen des Haushaltsplans eines Nachtragshaushalts, insbesondere wenn durch Rechtsänderungen, die bei Aufstellung des Haushaltsplans noch nicht in Kraft waren, erhebliche zusätzliche Ausgaben zu leisten sind.

### **Staatliche Verantwortung für die Haushalte der Sozialversicherungsträger**

*132* Grundsätzlich stellen die Sozialversicherungsträger ihre Haushaltspläne in eigener Verantwortung auf. Wegen der Verantwortung des Staates für die soziale Sicherheit der Bürger beeinflusst der Staat jedoch in unterschiedlichem Maß die Haushaltspläne entsprechend der Größe des jeweiligen Trägers und dem Einsatz von öffentlichen Mitteln. Am geringsten ist die Einflussnahme auf die Haushalte bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. Hier gibt es kein besonderes haushaltsrechtliches Beanstandungsrecht des Staates. Der Haushaltsplan ist der Aufsichtsbehörde nur auf Verlangen vorzulegen. Die Haushaltspläne der Eisenbahn-Unfallkasse bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Ver-

kehr, Bau- und Wohnungswesen, der Haushaltsplan der Unfallkasse Post und Telekom muss durch das Bundesfinanzministerium genehmigt werden; der Haushaltsplan der Unfallkasse des Bundes bedarf der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes im Einvernehmen mit dem BMAS und dem BMF. Die Regionalträger der gesetzlichen Rentenversicherung müssen den Haushaltsplan der Aufsichtsbehörde vorlegen, die Haushaltspläne der landwirtschaftlichen Alterskassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bedürfen sogar der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde (§ 71 d SGB IV). Für die Deutsche Rentenversicherung Bund gilt die für die Regionalträger genannte Vorlagepflicht mit der Maßgabe, dass an Stelle der Aufsichtsbehörde die Bundesregierung zuständig ist. Die Krankenkassen und die Pflegekassen haben den von ihrem Vorstand aufgestellten Haushaltsplan vor Beginn des Haushaltsjahres ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Sie kann ihn innerhalb eines Monats nach Vorlage ggf. beanstanden. Der Haushaltsplan der Künstlersozialkasse bedarf der Genehmigung des Bundesversicherungsamtes, da u. a. der Bund 20% der Ausgaben und die Verwaltung finanziert. Der Haushaltsplan der Bundesagentur für Arbeit und der der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See bedürfen der Genehmigung durch die Bundesregierung.

133 Neben der haushaltsrechtlichen Einflussnahme des Staates besteht für alle Sozialversicherungsträger die aufsichtsrechtliche Einflussnahme gemäß den §§ 87 ff SGB IV, bei der Bundesagentur für Arbeit nach § 401 SGB III.

### **Ausführung des Haushaltsplans**

134 Sozialversicherungsträger dürfen ihre Mittel nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben und ihre Verwaltungskosten verwenden und haben ihre Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben. Von säumigen Beitragszahlern müssen die Sozialversicherungsträger 1% des Rückstands je Monat als Säumniszuschlag erheben. Dies entspricht dem Solidarprinzip in der Sozialversicherung. Von der rechtzeitigen und vollständigen Erhebung der der Sozialversicherung zustehenden Einnahmen kann nur abgesehen werden, wenn die Möglichkeit zur Stundung, Niederschlagung oder zum Erlass von Ansprüchen nach § 76 Abs. 2 SGB IV besteht. Um die Interessen der Versichertengemeinschaft zu wahren, soll die Stundung nur gegen eine angemessene Verzin-

sung gewährt werden und, wenn der Anspruch durch die Stundung nicht gefährdet wird. Bei der Stundung von Gesamtsozialversicherungsbeiträgen wird von den Einzugsstellen ein Zins in Höhe von 2% über dem Leitzinssatz der Europäischen Zentralbank erhoben. Der Sozialversicherungsträger hat über die Stundung öffentlich-rechtlicher Ansprüche durch einen Verwaltungsakt zu entscheiden. Die Niederschlagung ist dagegen eine verwaltungsinterne Maßnahme. Eine unbefristete Niederschlagung kommt z. B. bei Kleinbeträgen in Betracht, wenn die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruchs stehen. Die Vorstände der Sozialversicherungsträger erlassen hierzu Richtlinien. Eine Niederschlagung kommt auch in Betracht, wenn auf Grund der wirtschaftlichen Verhältnisse des Zahlungspflichtigen feststeht, dass die Einziehung keinen Erfolg haben würde. Der Erlass dagegen ist eine Maßnahme, mit der auf einen fälligen Anspruch - bei öffentlich-rechtlichem Anspruch durch einen Verwaltungsakt - verzichtet wird. Der Erlass ist nur dann möglich, wenn eine Stundung nicht in Betracht kommt, die Einziehung nach der Lage des einzelnen Falls für den Anspruchsgegner eine besondere Härte bedeuten würde und wenn bei Beitragsansprüchen die versicherungsrechtlichen Interessen der Versicherten gewahrt sind. U. U. kommt, wenn die Einnahmeansprüche strittig sind, auch ein Vergleich in Betracht.

### **Rechnungsabschluss, Jahresrechnung und Entlastung**

135 Für jedes Kalenderjahr stellen die Sozialversicherungsträger in ihrer Jahresrechnung die Haushaltsansätze den tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben gegenüber. Die Jahresrechnung ist von sachverständigen Prüfern jährlich zu prüfen. Außerdem finden mindestens alle fünf Jahre nach § 274 SGB V bei den Krankenkassen, Pflegekassen und ihren Verbänden Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch das Bundesversicherungsamt bzw. die dafür zuständigen Verwaltungsbehörden in den Ländern statt. Weitere Prüfungen kann die Aufsichtsbehörde vornehmen. Darüber hinaus kann der Bundesrechnungshof nach § 112 Bundeshaushaltsordnung die Sozialversicherungsträger prüfen, wenn diese auf Grund eines Bundesgesetzes vom Bund Zuschüsse erhalten oder eine Garantieverpflichtung des Bundes gesetzlich begründet ist. Dies gilt z. B. für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und die Künstlersozialkasse wegen der Bundeszuschüsse und der Bundesgarantie.



136 Die geprüfte Jahresrechnung ist zusammen mit dem Prüfbericht und ggf. einer Stellungnahme zu den Feststellungen im Prüfbericht der Vertreterversammlung bzw. dem Verwaltungsrat zur Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung vorzulegen. Ein Termin hierfür ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, so dass ausreichend Zeit für die Prüfungen und ggf. auch für die Bereinigung von Beanstandungen zur Verfügung steht. Der Entlastungsbeschluss der Vertreterversammlung bzw. des Verwaltungsrates soll der Verwaltung bescheinigen, dass für das betreffende Haushaltsjahr entsprechend dem Haushaltsplan die Geschäfte ordnungsgemäß erledigt und geführt worden sind. Unberührt davon bleibt die Haftung des Vorstands nach § 42 SGB IV, bei der Bundesagentur für Arbeit der Mitglieder der Selbstverwaltung nach § 389 SGB III, wegen vorsätzlich oder grob fahrlässiger Verletzung von Amtspflichten und die Haftung der Geschäftsführer - bei Krankenkassen des hauptamtlichen Vorstandes - und der sonstigen Bediensteten der Sozialversicherungsträger (Amtshaftung nach Artikel 34 Grundgesetz, § 839 BGB).

## Vermögenswirtschaft der Sozialversicherungsträger

### Verwaltung der Mittel

137 Die Mittel der Sozialversicherungsträger müssen, sofern sie nicht sofort ihren gesetzlichen Zwecken zugeführt werden, gemäß § 80 SGB IV so angelegt und verwaltet werden, dass

- ein Verlust ausgeschlossen erscheint,
- ein angemessener Ertrag erzielt wird und
- eine ausreichende Liquidität gewährleistet ist.

Außerdem sollen die Sozialversicherungsträger den Erfordernissen des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts nach dem Gesetz zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft auch bei der Anlegung und Verwaltung ihrer Mittel Rechnung tragen.

138 In § 80 SGB IV ist der Grundsatz der Sicherheit für die Verwaltung und Anlegung aller Mittel und besonders auch für die Geldanlagen als der wichtigste Grundsatz an erster Stelle genannt. Eine absolute Sicherheit der Mittelanlage dürfte es in der Praxis kaum geben. Ein Verlust muss aber weitgehend ausgeschlossen werden. Risikoträchtige Vermögensanlagen wie etwa Spekulationspapiere oder riskante Ak-

tionen kommen auch dann nicht in Betracht, wenn sie einen sehr günstigen Ertrag versprechen. Für Geldanlagen kommen die hergebrachten Sicherungsformen wie bspw. die dingliche Sicherung, Abtretung von hierfür geeigneten Forderungen und Bürgschaften in Frage. Außerdem gelten für die Einlagen der Sozialversicherungsträger auch die freiwilligen Sicherungssysteme der Deutschen Kreditwirtschaft, z. B. Sicherungsreserve der Landesbanken/Girozentralen, Sicherungseinrichtungen des Bundesverbandes der Deutschen Volksbanken und Raiffeisenbanken e.V. und Einlagensicherungsfonds des privaten Bankgewerbes. Vor allem größere Sozialversicherungsträger mit hohem Mittelanlagebedarf sollen im Hinblick auf das Gesetz zur Förderung von Stabilität und Wachstum in der Wirtschaft, im Interesse des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts und im Interesse einer Wettbewerbsneutralität im Kreditgewerbe nicht nur bestimmte Anlageformen oder bestimmte Kreditinstitute bevorzugen.

139 Die Mittel Dritter, bspw. aus Auftragsgeschäften oder aus der Verwaltung von Sondervermögen, sind stets getrennt von den sonstigen Mitteln der Sozialversicherungsträger zu verwalten.

140 Anlagen von Vermögen im Ausland außerhalb des Euro-Geltungsbereiches dürften schon wegen des Währungsrisikos und der eventuellen Möglichkeit restriktiver Devisenbewirtschaftungsmaßnahmen im Ausland regelmäßig ausfallen, sofern nicht besondere Sicherheiten gewährleistet sind. Das Vermögen kann auch in Forderungen gegenüber Schuldnern in der Europäischen Union angelegt werden. Dabei ist zu beachten, dass solche Forderungen ausreichend abgesichert sind.

Wenn das Erfordernis des Verlustausschlusses und eine ausreichende Liquidität gewährleistet sind, ist diejenige Vermögensanlage zu wählen, die unter diesen Bedingungen den günstigsten Ertrag erbringt. Dabei können u. U. zur Beurteilung der Angemessenheit des Ertrags auch die besonderen gesetzlichen Aufgaben des Sozialversicherungsträgers, soziale Zwecke der Vermögensanlage und übergeordnete wirtschafts- und sozialpolitische Ziele in Betracht gezogen werden.

141 Die erforderliche Liquidität für eine Vermögensanlage ergibt sich aus den Aufgaben und der finanziellen Situation des Sozialversicherungsträgers. In jedem Fall muss seine jederzeitige Zahlungsbereitschaft gewährleistet sein.



## Vermögensarten in der Sozialversicherung, Betriebsmittel

142 Alle Sozialversicherungsträger mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Alterskassen müssen kurzfristig verfügbare Mittel zur Bestreitung ihrer laufenden Ausgaben sowie zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen bereithalten. Die Höhe der erforderlichen Betriebsmittel richtet sich nach dem jeweiligen Bedarf und ist durch gesetzliche Vorschriften begrenzt. So dürfen die Betriebsmittel der Berufsgenossenschaften das Eineinhalbfache der Aufwendungen des abgelaufenen Geschäftsjahres nicht übersteigen. Diesen Betrag kann die Satzung auf den zweifachen Jahresbetrag erhöhen. Bei der Rentenversicherung ist die Schwankungsreserve (Betriebsmittel und Rücklagen) liquide (Laufzeit bis 1 Jahr) anzulegen. Nach einer kurzfristig zum Jahresende 2002 erfolgten gesetzlichen Änderung durch das Beitragssatzsicherungsgesetz ist der Mindestzielwert für die Höhe der Schwankungsreserve von 80% einer Monatsausgabe zu eigenen Lasten der Träger der Rentenversicherung auf eine halbe Monatsausgabe abgesenkt worden. Nach dem bereits in Kraft getretenen Zweiten Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wird der untere Wert des Korridors für die Mindestschwankungsreserve auf 0,2 Monatsausgaben gesenkt; der obere Wert des Schwankungsreservekorridors bleibt mit 0,7 Monatsausgaben unverändert. Mittelfristig soll mit dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitgesetz) durch die Anhebung des oberen Zielwertes der Schwankungsreserve auf 1,5 Monatsausgaben die Schwankungsreserve zu einer Nachhaltigkeitsrücklage aufgebaut werden. Eine Mindestschwankungsreserve von 0,2 Monatsausgaben birgt für den Bundeshaushalt, aber auch für die Akzeptanz der Rentenversicherung in der Bevölkerung gewisse Risiken: Regelmäßige vorgezogene Bundeszuschüsse und am Ende eines Jahres weitere Liquiditätshilfen können schnell erforderlich werden. Die Betriebsmittel der gesetzlichen Krankenkassen sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Eineinhalbfache einer durchschnittlichen Monatsausgabe nicht übersteigen. Für die Pflegekassen beträgt die Betriebsmittelobergrenze eine Monatsausgabe. Die landwirtschaftlichen Alterskassen dürfen seit 1995 keine Betriebsmittel mehr halten, da der Bund die Liquidität der Alterskassen gesetzlich sicherstellt. Entsprechend ihrer Funktion und ihrem

Umfang können Betriebsmittel in der Regel nur kurzfristig angelegt werden. Dieser Umstand ist auch zu berücksichtigen, wenn Versicherungsträger Teile ihres Betriebsmittelbestandes durch Wertpapierspezialfonds verwalten lassen oder in Geldmarktfonds anlegen. Ihrer Bestimmung entsprechend können die Betriebsmittel der Versicherungsträger von Jahr zu Jahr erheblichen Schwankungen unterliegen. Die gesetzlichen Krankenkassen im Bundesgebiet West waren davon in den letzten Jahren besonders betroffen. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften hatten dagegen eine kontinuierliche Entwicklung ihrer Betriebsmittel. In der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Betriebsmittel stets Teil der Schwankungsreserve und werden nicht gesondert ausgewiesen.

## Rücklagen

143 Die Sozialversicherungsträger haben zur Sicherstellung ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zusätzlich zu den Betriebsmitteln auch eine Rücklage bereitzuhalten. Ihre Höhe ist je nach Sozialversicherungszweig gesetzlich besonders geregelt. Die Krankenkassen haben je nach Satzung zwischen 25% und 100% einer Monatsausgabe als Rücklage anzusammeln. Für die Pflegekassen beträgt das Rücklagelagesoll eine halbe Monatsausgabe. Die Rücklage der gewerblichen Berufsgenossenschaften ist seit 1. Januar 1997 bis zur Höhe der zweifachen Jahresrentenausgaben anzusammeln. Für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gilt die Obergrenze von einer Jahresrentenausgabe.

144 Für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Rücklage in der Schwankungsreserve enthalten. Die Rücklage ist liquide anzulegen mit einer Laufzeit von bis zu 12 Monaten. Am Jahresende 2005 betrug die Schwankungsreserve/Nachhaltigkeitsrücklage nur noch 1,8 Mrd. Euro, was 11% einer Monatsausgabe der Rentenversicherung (15,7 Mrd. Euro) entspricht. Für die landwirtschaftlichen Alterskassen, deren Aufwendungen zu etwa drei Viertel durch Bundeszuschüsse gedeckt werden und deren dauernde Leistungsfähigkeit durch den Bund sichergestellt wird, ist keine Rücklage vorgeschrieben.

Für die Bundesagentur für Arbeit leistet der Bund Liquiditätshilfen als Darlehen, wenn die Mittel der Agentur nicht ausreichen (§ 364 SGB III). Überschüsse der Agentur sind zur jederzeitigen Zahlungsfähigkeit der Agentur als Rücklage anzulegen (§ 366 SGB III).

## Verwaltungsvermögen

145 Zur Durchführung ihrer gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben benötigen die Sozialversicherungsträger als Verwaltungsvermögen Grundstücke, Gebäude und Einrichtungen. Bei den Berufsgenossenschaften ist das Verwaltungsvermögen kein besonderer Vermögensbestandteil. Grundstücke und Gebäude der Verwaltung sowie die Unfallkrankenhäuser der Berufsgenossenschaften werden innerhalb der Rücklage ausgewiesen. Für Pflegekassen ist im Gesetz kein Verwaltungsvermögen vorgesehen, da die Krankenkassen für die bei ihnen angesiedelten Pflegekassen die Verwaltungseinrichtungen vorhalten.

## Anlegung des Vermögens

146 Im Unterschied zu den Betriebsmitteln, für deren Anlage lediglich die allgemeinen Grundsätze der Sicherheit, des angemessenen Ertrags und der ausreichenden Liquidität zu beachten sind, kann die Rücklage unter Beachtung dieser Grundsätze nur in besonderen Anlageformen angelegt werden, die in § 83 SGB IV katalogartig aufgeführt sind. Dabei sollen Anlagen für soziale Zwecke mit Vorrang berücksichtigt werden.

Innerhalb des Anlagekatalogs sind auch Anlegungen zu gemeinnützigen Zwecken möglich. Dabei gilt nicht der steuerrechtliche Gemeinnützigkeitsbegriff. Die hier angesprochene Gemeinnützigkeit in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht orientiert sich vielmehr an den besonderen Aufgaben der Sozialversicherungsträger und den Interessen ihrer jeweiligen Versichertengemeinschaft. Daher konnten aus Rücklagemitteln insbesondere der Berufsgenossenschaften, Unfallkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Schulungsstätten langfristig günstig finanziert werden. Neue langfristige Finanzierungen aus Rücklagemitteln der Rentenversicherung oder der Krankenversicherung sind außer der notwendigen Bildung von Verwaltungsvermögen gesetzlich nicht mehr zulässig. Einen Teil ihrer Rücklage haben die Sozialversicherungsträger in Wertpapierspezialfonds angelegt, die die besonderen gesetzlichen Anlagebedingungen erfüllen.

## Genehmigungsbedürftige Vermögensanlagen

147 Der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde (§ 85 SGB IV) bedürfen bei den Sozialversicherungsträgern außer der Bundesagentur für Arbeit

- die Beteiligung an im sozialversicherungsrechtlichen Sinn gemeinnützigen Einrichtungen,
- Darlehen für in diesem Sinn gemeinnützige Zwecke und
- der Erwerb und das Leasing von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten sowie die Errichtung, die Erweiterung und der Umbau von Gebäuden, wenn bestimmte Grenzwerte überschritten werden.

Beteiligungen der Bundesagentur für Arbeit an Gesellschaften bedürfen der Genehmigung durch das Bundesfinanzministerium und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (§ 373 SGB III).

148 Die Mitwirkung des Staates durch die Aufsichtsbehörde soll der Mitverantwortung des Staates für die Funktionstüchtigkeit der Sozialversicherung, insbesondere der Sorge um die Sicherung der Finanz- und Liquiditätslage der Sozialversicherungsträger sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Mittelverwendung gerecht werden.

Da es sich bei den genehmigungsbedürftigen Vermögensanlagen für die Sozialversicherungsträger um Maßnahmen handelt, die über die laufenden Verwaltungsgeschäfte hinausgehen, bietet sich im Rahmen dieser Mitwirkung auch die Inanspruchnahme von fachlichen und juristischen Beratungen durch die Aufsichtsbehörde an. Außerdem bringt die Mitwirkung der Aufsichtsbehörde einen gewissen Schutz der Mitglieder der Selbstverwaltungorgane vor eventuellen Haftungsansprüchen gemäß § 42 SGB IV. Nicht genehmigungsbedürftig sind dagegen alle übrigen zulässigen Vermögensanlagen sowie die Veräußerung von Vermögen.

149 Hierfür ist allein die Selbstverwaltung verantwortlich. Da es sich bei der Anlegung und Veräußerung von Vermögen um kein laufendes Verwaltungsgeschäft handelt, ist in der Regel der Vorstand hierfür zuständig. Für häufig sich wiederholende Vermögensgeschäfte kann jedoch die Satzung abweichende Bestimmungen treffen oder der Vorstand die Geschäftsführung beauftragen, soweit nicht Kernbereiche der Vorstandsverantwortlichkeit berührt werden.

150 Bei den Krankenkassen ist stets der Verwaltungsrat gemäß § 197 Nr. 5 SGB V für Beschlüsse über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von

Gebäuden zuständig. Bei den übrigen Versicherungsträgern ergeben sich eventuelle Zuständigkeiten der Vertreterversammlung für Vermögensgeschäfte aus der Satzung.

## Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer

*151* Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch gilt seit dem 1. Januar 1991 auch im Beitrittsgebiet, den fünf neuen Bundesländern und im Ostteil von Berlin. Einige Vorschriften galten schon ab 3. Oktober 1990, andere Vorschriften erst ab 1. Januar 1992; dies hängt damit zusammen, dass im Bereich der Unfall- und Rentenversicherung bis zu diesem Zeitpunkt noch die DDR-Vorschriften weiter angewandt wurden. Das zum 1. Januar 1992 in Kraft getretene Rentenüberleitungsgesetz hat diese Rechtszersplitterung mit einigen Übergangsregelungen weitgehend beseitigt. Damit ist das im früheren Bundesgebiet geschaffene gegliederte Sozialversicherungssystem nahezu deckungsgleich auf die neuen Bundesländer übertragen worden. Die Arbeitslosenversicherung besteht auf dem Gebiet der DDR bereits seit dem 1. Juli 1990.

*152* Auf Grund der Bestimmungen des Vertrages zur Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion vom 18. Mai 1990 erließ die DDR am 28. Juni 1990 ein Sozialversicherungsgesetz, das ab 1. Juli 1990 in weiten Teilen in wörtlicher Deckung mit dem SGB IV die Grundlagen für ein gegliedertes

Sozialversicherungssystem gelegt hat. Insbesondere waren darin inhaltlich mit den bundesdeutschen Bestimmungen identische Vorschriften über die Aus- und Einstrahlung enthalten. Mit dem Einigungsvertrag wurden die Vorschriften des SGB IV auf das Gebiet der DDR übertragen, wobei allerdings die für die Zeit vor dem Beitritt geschaffenen Ein- und Ausstrahlungsregelungen im Verhältnis der neuen Länder zu dem Gebiet der alten Bundesrepublik mit der Maßgabe für weiter anwendbar erklärt wurden, so lange unterschiedliche Bezugsgrößen bestehen. Da die ebenfalls im Vierten Buch geregelte Bezugsgröße auf das durchschnittliche Arbeitsentgelt aller Versicherten Bezug nimmt und das Durchschnittsentgelt im Beitrittsgebiet derzeit noch niedriger liegt als im übrigen Bundesgebiet, bestehen noch unterschiedliche Bezugsgrößen mit der Rechtsfolge, das innerhalb der Bundesrepublik Deutschland noch weiter eine Entsendung von den alten Bundesländern in die neuen Bundesländer möglich ist.

*153* Im Übrigen besteht in Abweichung von § 28 f SGB IV eine Sonderregelung für die Aufbewahrung von Lohnunterlagen, die mindestens bis zum 31. Dezember 2006 vom Arbeitgeber aufzubewahren sind, es sei denn, er händigt sie dem Beschäftigten aus oder bescheinigt ihm die für die Rentenversicherung erforderlichen Daten nach einer bestimmten Frist nach Ablauf der letzten Prüfung der Lohnunterlagen (früher Artikel II § 15 b SGB IV, jetzt § 28 f Abs. 5 SGBIV).



# 5

## Sozialgesetzbuch - 5. Buch Krankenversicherung

### Gesetzliche Krankenversicherung als Teil der Gesundheitspolitik

1 Die Gesundheit ist eines der höchsten Lebensgüter. Es ist das Ziel der Gesundheitspolitik, die Gesundheit der Bürger zu erhalten, zu fördern und im Krankheitsfall wieder herzustellen. Gesünder leben, länger leben und aktiver leben zu können, dies ist für jeden Bürger bestmöglich zu gewährleisten. Das Gesundheitswesen qualitativ auf hohem Stand und gleichzeitig finanzierbar zu halten, ist die Herausforderung, vor der die Gesundheitspolitik heute und auch in Zukunft steht. Der Zugang zu den Möglichkeiten, gesund zu bleiben oder gesund zu werden, muss für jeden Bürger ohne Rücksicht auf seine finanzielle Situation, auf seinen Platz in der Gesellschaft und unabhängig von seinem Wohnort gegeben sein. Dazu bedarf es eines umfassenden Systems gesundheitlicher Sicherung, das allen Bürgern wirksam und ohne Hindernisse zur Verfügung steht.

2 Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein bewährtes, funktionsfähiges und international anerkanntes System gesundheitlicher Sicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als ältester Zweig der Sozialversicherung hat entscheidenden Anteil an der Entstehung dieses leistungsfähigen Gesundheitswesens. Rd. 88% der Bevölkerung, das sind 72 Mio. Bürger, sind in der GKV versichert. Nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes (2003) wurden in Deutschland mit Gesamtausgaben von ca. 136 Mrd. Euro von der GKV 57% aller Ausgaben des deutschen Gesundheitswesens (ohne Einkommensleistungen) finanziert. Hinzu kommen ca. 7,6 Mrd. Euro für Einkommensleistungen (insbesondere Krankengeld), ca. 11,6% der Einkommensleistungen im Gesundheitswesen (Einkommensleistungen insgesamt 65,3 Mrd. Euro). Der Leistungskatalog der GKV bestimmt somit entscheidend das Angebot an medizinischen

Leistungen in unserem Gesundheitssystem. Die Krankenversicherung wirkt durch ihre Preis-, Honorar- und Gebührenpolitik für Gesundheitsleistungen gestaltend und prägend auf die Strukturen, die Leistungen, den Standard und die Leistungsfähigkeit des medizinischen Angebots ein. Sie stellt damit aber auch wie das gesamte Gesundheitswesen einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in der Volkswirtschaft dar.

3 Jede Reform der GKV hat unmittelbare Aus- und Nebenwirkungen auf die Gesundheitspolitik und vor allem auf die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen. Die teilweise drastischen Umsatzeinbußen in den Kurorten, bei Zahnärzten, Optikern, Hörgeräteakustikern, Taxi- und Beerdigungsunternehmen im Jahr 1989, dem ersten Jahr nach In-Kraft-Treten des Gesundheits-Reformgesetzes, oder bei Masseuren, Pharmaindustrie und Apothekern im Jahr 1993, nach In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes, machen diese Wechselwirkung besonders deutlich.

Andererseits beeinflussen Veränderungen im Gesundheitswesen, wie bspw. der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt oder eine veränderte Morbidität, ständig die der Krankenversicherung gestellten Aufgaben. Dabei hat die Krankenversicherung wegen ihrer engen Beziehungen zu den Versicherten zugleich die Möglichkeit, das Gesundheitsbewusstsein, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten durch Rat und Information zu verändern.

4 Staatliches Handeln ist allein nicht in der Lage, Gesundheit zu garantieren. Gesundheit ist keine Ware, die man kaufen kann. Sie ist ein Zustand, um den man sich auch selbst bemühen, den man sich aber auch selbst erarbeiten muss.

Unserer föderalistischen Staatsordnung und unserem pluralistischen Gesellschaftssystem entsprechend,

liegt die Gesundheitspolitik nicht allein in der Verantwortung des Staates oder gar der Bundesregierung. Es handelt sich vielmehr um eine gemeinsame Aufgabe einer Vielzahl von Beteiligten. Dazu gehören insbesondere die Länder und Kommunen, die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung und ihre Selbstverwaltung, die private Krankenversicherung, die Arbeitgeber, die Gewerkschaften, freigemeinnützige Organisationen, Selbsthilfegruppen und die im Gesundheitswesen Tätigen.

Das System der Gesundheitsversorgung ist im Wesentlichen durch das Prinzip der Selbstverwaltung geprägt. Nicht ein staatlicher Gesundheitsdienst, sondern ein Zusammenwirken von Krankenkassen, Heilberufen, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern sowie deren Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene ist ihr Kennzeichen. Den Krankenkassen und ihren Verbänden ist ebenso wie den auf gesetzlicher Grundlage gebildeten kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Zusammenschlüssen der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, die Selbstverwaltungsautonomie verliehen. „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ ist ein charakteristischer und tragender Grundsatz deutscher Sozial- und Gesundheitspolitik.

Aufgabe des Staates ist es, den notwendigen Ordnungs- und Leistungsrahmen zu schaffen als Grundlage für ein Zusammenwirken aller Verantwortlichen und Beteiligten in einem Gesundheitswesen, das durch die Vielfalt der Planungs-, Aufgaben- und Leistungsträger gekennzeichnet ist.

Unser freiheitliches Gesundheitswesen ist nicht zuletzt deswegen leistungsfähig und human und findet auch die Zustimmung der Bürger, weil es im Gegensatz zu zentralistisch-dirigistischen, meist staatlichen Systemen auf Föderalismus und Pluralismus und auf den Grundsätzen der Subsidiarität und Selbstverwaltung beruht. Ein solches Gesundheitswesen arbeitet humaner, wirksamer und kostengünstiger als ein bürokratisiertes, planwirtschaftlich organisiertes, sozialisiertes und verstaatlichtes Gesundheitswesen.

5 Das Gesundheitswesen steht nicht nur in der Bundesrepublik, sondern weltweit vor der schwierigen Aufgabe, die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung bei vertretbarem Aufwand dauerhaft zu gewährleisten. Gesundheit ist ein hohes Lebensgut, sie hat aber auch ihren Preis. Die Ausgaben dürfen deshalb die Grenzen der Leistungsfähigkeit unserer Volkswirtschaft und die Grenzen der Belastbarkeit

des Einzelnen nicht übersteigen. Der Bürger muss sicher sein, dass er auch in Zukunft die erforderlichen und angemessenen Leistungen bei vertretbaren Kosten erhält.

Fragen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und der Qualität der medizinischen Versorgung können deshalb nicht losgelöst von der Frage der Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen beurteilt werden.

Der größte Teil der Ausgaben für die medizinische Versorgung wird heute über die GKV finanziert; deren Beiträge werden aus den Lohneinkommen der Versicherten und von den Arbeitgebern aufgebracht. Steigende Beitragssätze schmälern die Realeinkommen der Arbeitnehmer. Sie erhöhen die Lohnnebenkosten, schwächen die Investitionskraft der Unternehmen und hemmen das Wachstum der Wirtschaft; sie wirken damit beschäftigungspolitisch negativ. Sie verschärfen zugleich die Finanzierungsprobleme in der GKV, die ohnehin mit einer immer schmäler werdenden Einnahmehasis auskommen muss. Diese gesamtwirtschaftlichen Zusammenhänge machen es notwendig, die Höhe und den Zuwachs der Gesundheitsausgaben ständig auf ihre medizinische Notwendigkeit, den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung hin zu überprüfen.

## Zur Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung

### Über 120 Jahre alt

6 Die GKV in Deutschland blickt auf eine Geschichte von mehr als 120 Jahren zurück. Sie ist der älteste Zweig der Sozialversicherung und der erste Schritt der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung. Zwar bestand schon vorher eine Vielfalt landesrechtlich geregelter gewerblicher Unterstützungskassen (Preußisches Gesetz von 1854) und Hilfskassen (Reichsgesetz von 1876), die als Vorläufer unserer Krankenkassen angesehen werden können. Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15.06.1883, das am 01.12.1884 in Kraft trat, führte aber erstmals und einheitlich für das ganze Deutsche Reich eine allgemeine Versicherungspflicht für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben ein.

7 Die Hauptaufgabe der GKV bestand zu jener Zeit in der wirtschaftlichen Sicherung bei krankheitsbe-



dingter Arbeitsunfähigkeit, in der Gewährung freier ärztlicher Behandlung und in der Zahlung von Sterbegeld. Der Schutz im Krankheitsfall konnte durch Statut auf Familienangehörige ausgedehnt werden.

Die Beiträge wurden vom Arbeitgeber entrichtet; er zahlte ein Drittel, während auf den Arbeiter zwei Drittel entfielen. Durchgeführt wurde die Krankenversicherung von den Gemeinden in Form der Gemeinde-Krankenversicherung für die Personen, die nicht einer anderen Krankenkasse angehören mussten. Weitere Versicherungsträger waren die Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen sowie die Knappschaftskrankenkassen. Unter bestimmten Voraussetzungen konnten Versicherungspflichtige sich auch bei einer der „eingeschriebenen Hilfskassen“ (Vorläufer der Ersatzkassen) versichern.

8 Leistungen und Personenkreis wurden in der Revisionsgesetzgebung zwischen 1886 und 1903 erweitert. 1908 waren mit 13,2 Mio. Menschen gerade 18% der Bevölkerung des Deutschen Reiches in 22887 Krankenkassen versichert.

### **Weiterentwicklung durch die Reichsversicherungsordnung**

9 1911 begann mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) ein zweiter Abschnitt in der Entwicklung der GKV. In dem Gesetz vom 19.07.1911, das für die GKV am 01.01.1914 in Kraft trat, wurden Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung in einem Gesetz zusammengefasst. Die Krankenversicherung wurde im Zweiten Buch geregelt; es blieb genau 75 Jahre die wichtigste Rechtsgrundlage für das Krankenversicherungsrecht. Die Reichsversicherungsordnung schaffte die Gemeinde-Krankenversicherung ab und übertrug ihre Aufgaben den Ortskrankenkassen und den neu geschaffenen Landkrankenkassen. Außerdem wurde die Versicherungspflicht auf 6 - 7 Mio. land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten, unständige Arbeiter, das Wandergewerbe und das Hausgewerbe ausgedehnt. Beschäftigte in Angestelltenberufen waren nur versicherungspflichtig, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 Mark nicht überstieg. Dieser Betrag wurde bis 1927 auf 3600 Mark angehoben.

### **Rechtsentwicklung in der Weimarer Republik**

10 Der Zeitraum bis 1933 war geprägt durch die Ausnahmesituation des Ersten Weltkriegs, die ungünstige

Nachkriegszeit, die Inflation und die Wirtschaftskrise der 30er Jahre. Sie erzwangen eine Reihe von Einschränkungen, brachten aber auch zahlreiche Leistungsverbesserungen. So wurden 1930 durch Notverordnungen der Vertrauensärztliche Dienst und eine Krankenscheingebühr von 50 Pfennig eingeführt, für das Krankengeld eine Obergrenze festgelegt und die Kassenleistung auf die Regelleistungen beschränkt. Andererseits wurde die Familienkrankenpflege, die sich als Mehrleistung der Kassen bereits weitgehend durchgesetzt hatte, zur Pflichtleistung ohne besonderen Zusatzbeitrag. Auch die Leistungen der Wochenhilfe (jetzt: Mutterschaftshilfe), die während des Ersten Weltkriegs mehrmals erweitert worden waren, wurden erneut verbessert und auf Familienangehörige ausgedehnt.

### **Beziehungen zu Kassenärzten**

11 Die Regelungen der Vertragsbeziehungen insbesondere zu den Ärzten waren schon vor Geltung der Reichsversicherungsordnung als unbefriedigend empfunden worden, da jede Kasse selbst die Vergütung regelte und Verträge mit einzelnen Ärzten schließen konnte. Da die Reichsversicherungsordnung die bisherige Rechtslage im Wesentlichen aufrechterhielt, einigten sich Kassenverbände und Ärzte noch vor ihrem In-Kraft-Treten im so genannten „Berliner Abkommen“ auf eine gleichberechtigte Mitwirkung der Ärzte bei der Auswahl der Kassenärzte und der Festsetzung der mit ihnen zu vereinbarenden Bedingungen. Bei Streit sollte ein Schiedsamt entscheiden. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wurde in den 20er Jahren durch mehrere Gesetze rechtlich verbindlich und damit die Grundlage des Kassenarztrechts in seiner heutigen Form.

### **Führerprinzip und Vereinheitlichung**

12 Die Nationalsozialisten versuchten, auch die Krankenversicherung nach ihren politischen Staats- und Wirtschaftsideen umzugestalten. Mit dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung von 1934 sollte eine neue Reichsversicherungsordnung geschaffen werden. Zuerst wurde die von Arbeitgebern und Versicherten verantwortlich getragene Selbstverwaltung aufgelöst und durch das so genannte Führerprinzip ersetzt. Im weiteren Verlauf der so genannten Aufbaugesetzgebung (14 Verordnungen von 1934 bis 1938) wurden zahlreiche Änderungen in Organisation, Finanzierung und Aufsicht über die Krankenkassen durchgesetzt. Die so genannten „Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung“ (z. B.

Vertrauensärztlicher Dienst, Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen) wurden auf die Landesversicherungsanstalten übertragen. Die Ersatzkassen wurden Körperschaften des öffentlichen Rechts und ihr Verhältnis zu den übrigen Krankenkassen neu geregelt.

*13* Erst in den Kriegsjahren 1941 bis 1943 kam es zu wichtigen Leistungsverbesserungen. Die zeitliche Begrenzung der Krankenpflege wurde abgeschafft, die Leistungen an erwerbstätige Mütter und das Krankengeld wesentlich verbessert, die Krankenscheinegebühr auf 25 Pfennig herabgesetzt und schließlich ganz aufgehoben. Außerdem wurde 1941 die Krankenversicherung der Rentner eingeführt. Die Verordnungen über die Vereinfachung des Lohnabzugs, mit denen Personal für Kriegszwecke eingespart werden sollte, übertrugen den Krankenkassen den Beitragseinzug für die Kranken- und Rentenversicherung.

### **Rechtszersplitterung nach 1945**

*14* Die Zeit nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs stand zunächst im Zeichen der Überwindung der Rechtszersplitterung auch im Bereich der GKV. Die alten Stammgesetze der Sozialversicherung, insbesondere die Reichsversicherungsordnung, waren nämlich in den einzelnen Besatzungszonen unterschiedlich weitergeführt worden. Bestrebungen, eine einheitliche Sozialversicherung zu schaffen, konnten sich nur in der sowjetischen Zone durchsetzen, wo die Zweige der Sozialversicherung zu einer Einheitsversicherung zusammengefasst wurden. In Berlin entstand die Sozialversicherungsanstalt Berlin, die die gesamte Sozialversicherung in allen vier Sektoren durchführte; sie bestand bis 1952. Bereits 1948 spaltete sich die Sozialversicherung in Ost-Berlin von ihr ab und wurde in die in der sowjetischen Zone errichtete Einheitsversicherung eingegliedert. Im Saarland, das bis 1956 der französischen Verwaltung unterstand, wurde die schrittweise Einführung bundesrechtlicher Sozialversicherungsregelungen erst 1963 abgeschlossen.

### **Wiederherstellung und Neubeginn**

*15* Mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland begann auch für die GKV eine neue Entwicklung. Zuerst mussten ihr Aufbau und Leistungsgefüge vereinheitlicht und an die politischen, wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen angepasst werden. Der Gesetzgeber beseitigte deshalb 1951 bis 1953 die

selbstverwaltungsfeindlichen Teile der so genannten Aufbaugesetzgebung von 1934 und übertrug den Versicherten und ihren Arbeitgebern wieder die Verwaltungsführung in eigener Verantwortung. Mit der Einführung einer gesonderten und von den Verwaltungsbehörden getrennten Sozialgerichtsbarkeit stellte er den Rechtsschutz auch im Bereich der Krankenversicherung auf eine neue und rechtsstaatliche Grundlage, die den Anforderungen des Grundgesetzes entsprach. Hinter diesen der neuen staatlichen Ordnung entsprechenden Gesetzen traten Rechtsänderungen zurück, mit denen die Krankenkassen zwischen 1950 und 1953 zur medizinischen Betreuung der Personengruppen verpflichtet wurden, die von den Kriegsfolgen besonders stark betroffen waren: Kriegsoffer, Heimkehrer, Vertriebene, Flüchtlinge und Schwerbeschädigte.

*16* Das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 regelte die Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen neu und vereinheitlichte sie. Es zog einen Schlusstrich unter die erbitterten Auseinandersetzungen während der Weimarer Republik. Ein weiteres Gesetz schuf im selben Jahr eine neue gesetzliche Grundlage für den organisatorischen Aufbau, die Rechtsstellung und die Aufgaben der Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen. Flankiert wurden diese Organisationsnormen durch die Errichtung des Bundesversicherungsamts im Jahr 1956. Mit dem Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner von 1956 wurden die Rentner vollwertige Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse und ihre Sicherung im Krankheitsfall eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung. Die versicherungsmäßig berechneten Beiträge hatte der Rentenversicherungsträger in voller Höhe zu zahlen; der Rentner war insoweit nicht belastet.

### **Gescheiterte Krankenversicherungsreformen**

*17* Nach der Rentenreform von 1957 sollte die Krankenversicherung neu geordnet werden. Der auch für heutige Begriffe moderne Regierungsentwurf von 1959 (z. B. Selbstbeteiligung an den Kosten der ärztlichen Behandlung, Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Versicherungspflicht, Wegfall der Zulassungsbegrenzung für Kassenärzte) scheiterte am Widerstand der Gewerkschaften gegen die Selbstbeteiligung und an den Befürchtungen der Ärzte, die die rechtzeitige und berechtigte Inanspruchnahme von Ärzten behindert sahen und sich gegen den Einzug der Selbstbeteiligung wehrten.

Auch ein zweiter Anlauf (1961) mit einem um Lohnfortzahlung und Kindergeld ergänzten „Sozialpaket“ erreichte wegen des Widerstands der Betroffenen, zu denen diesmal auch Arbeitgeber aus Industrie und Handwerk gehörten, nicht das Ziel. Dieses zweifache Scheitern lähmte ein Vierteljahrhundert lang alle Bestrebungen, das immer reformbedürftiger werdende System der GKV von Grund auf zu erneuern.

### **Schwerpunktverlagerung durch Lohnfortzahlung**

18 Eine entscheidende strukturelle Änderung der GKV brachte die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall. Sie verlagerte das Risiko der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit von der Versichertengemeinschaft weitgehend auf die Arbeitgeber und entlastete damit die GKV von einer ihrer wichtigsten Hauptaufgaben. Arbeiter und Angestellte wurden bei der Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall gleich gestellt. Die Bedeutung der für die wirtschaftliche Sicherung kranker Arbeitnehmer wichtigen Geldleistungen trat völlig zurück; der Schwerpunkt verlagerte sich auf die medizinische Versorgung der Versicherten. Der für die weitere Entwicklung der GKV entscheidende Schritt vollzog sich in drei Stufen: 1957, 1961 und 1969 wurde die Beteiligung des Arbeitgebers bis zu ihrem heutigen Umfang ausgebaut. Auch die Umfinanzierung des Krankengeldes ab Mitte 2005 hat kaum etwas an dieser Weichenstellung geändert.

Lediglich für den Fall der Schwangerschaft und Mutterschaft blieb es bei einer gemischten Lösung, die eine Leistung der Krankenkasse und einen Zuschuss des Arbeitgebers vorsah.

### **Erweiterung des versicherten Personenkreises**

19 Nach der Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall machten sich die Sozialpolitiker daran, möglichst weite Teile der Bevölkerung in den Schutz der GKV einzubeziehen oder ihr zumindest den Beitritt zu eröffnen. Schon 1968 waren alle Rentner ohne Rücksicht auf die 1956 eingeführten Vorversicherungszeiten in der GKV versicherungspflichtig geworden. 1971 erhöhte man die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf 75% der in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze und dynamisierte sie auf dieser Grundlage. Vorher waren die Einkommensgrenzen nur in unregelmäßigen Abständen (1952, 1957, 1965 und 1969) angehoben worden.

Damit wurden fast 60% der damals rd. 7,1 Mio. Angestellten versicherungspflichtig. Außerdem wurde die Krankenversicherung für bestimmte Gruppen von Nichtarbeitnehmern geöffnet.

20 Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 führte für die selbständigen Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und die Altenteiler die gesetzliche Versicherungspflicht in einer eigenständigen landwirtschaftlichen Krankenversicherung ein, die durch besondere Versicherungsträger durchgeführt wurde.

21 Mit dem Gesetz über die Sozialversicherung der Behinderten wurden 1975 rd. 45.000 Behinderte in die GKV einbezogen. Soweit sie nicht auf Grund einer Beschäftigung in einer behindertenspezifischen Einrichtung versicherungspflichtig wurden, sah das Gesetz ein Recht zum freiwilligen Beitritt vor, der für eine Übergangszeit sogar ohne einschränkende Bedingung erfolgen konnte. Dies führte zu einer erheblichen finanziellen Entlastung der Sozialhilfe, die bisher für viele dieser Behinderten die Aufwendungen im Krankheitsfall getragen hatte, und zu einer entsprechenden Belastung der GKV.

22 Das gleichfalls 1975 verabschiedete Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten führte für eingeschriebene Studenten und für Praktikanten die Versicherungspflicht ein. Außerdem erhielten in Ausbildung befindliche Personen das Recht, sich in der GKV freiwillig zu versichern.

23 Diese Entwicklung erfuhr gewissermaßen ihren Abschluss durch das Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten von 1981.

### **Verbesserung des Leistungsrechtes**

24 Der Erweiterung des versicherten Personenkreises folgte mit geringer zeitlicher Verzögerung der Ausbau des Leistungsrechtes. Die finanziellen Spielräume dafür lieferten die Entlastung der Krankenkassen vom Krankengeld für die ersten sechs Wochen und die Erhöhung und Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze.

1971 wurde die Prävention mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten eine Pflichtaufgabe der Krankenkassen. Hinzu kamen ab 1974 ein Rechtsanspruch auf zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege, auf Haushaltshilfe, die Zahlung von Krankengeld bei Verdienstausschlag wegen der

Betreuung eines erkrankten Kindes und ein Anspruch auf Freistellung von der Arbeit in einem solchen Fall. Die 1970 eingeführte Krankenscheinprämie wurde abgeschafft, weil sie keine spürbar steuernden Wirkungen gezeigt und einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand verursacht hatte.

25 Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation von 1974 bezog die Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger ein und verpflichtete sie, ihren Versicherten alle medizinischen Leistungen zur Rehabilitation zu gewähren, soweit nicht ein anderer Träger zuständig war.

26 1975 bürdete man der GKV als flankierende Maßnahme zur Reform der strafrechtlichen Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch die Aufwendungen für die Durchführung straffrei gestellter Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche auf.

### **Kostendämpfungspolitik**

27 Der forcierte Ausbau des Leistungsrechts, aber auch die Entwicklung der Rechtsprechung (z. B. Kassenartzurteil 1961, Zahnersatz und Kieferorthopädie 1974) machte sich in einer fast explosionsartigen Ausgabenentwicklung der Krankenkassen bemerkbar. Sie verstärkte sich durch die Reform der Krankenhausfinanzierung 1972, die die Aufwendungen der Krankenkassen allein für Krankenhauspflege um bis zu 25% jährlich ansteigen ließ.

Trotz Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze erhöhte sich der Beitragssatz von 8,2% (1971) auf 11,3% (1976). Diese Entwicklung und die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen beschleunigten einen Prozess des Umdenkens. In den Vordergrund der Überlegungen über die Zukunft des Krankenversicherungssystems traten zunehmend Fragen seiner Steuerbarkeit und Finanzierbarkeit, aber auch der finanziellen Belastbarkeit der Versicherten.

28 Mit den Kostendämpfungsgesetzen von 1977, 1979 und 1981 sowie mit einer weiteren Reform der Krankenhausfinanzierung (1984) sollte das politisch angestrebte Ziel der Beitragssatzstabilität durch eine Budgetierung der Ausgaben und eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der GKV erreicht werden. Außerdem wurde die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner neu geregelt. Die sofort wirksam gewordenen Maßnahmen der Kostendämpfung verschärfen die Voraussetzungen für Leistungen,

deren Missbrauch und Überanspruchnahme in der Öffentlichkeit zunehmend kritisiert worden war („Kurlaub“, „Oma auf Krankenschein“, Zahnersatz, Kieferorthopädie), und erhöhten die Zuzahlung bei Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen.

Die längerfristig wirksamen Maßnahmen berührten das Verhältnis der Krankenversicherungsträger zu den Leistungserbringern, vor allem zu den Kassenärzten und Kassenzahnärzten. Sie verstärkten die Position der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern und gaben diesen verbesserte Möglichkeiten an die Hand, wirtschaftlich zu behandeln und zu verordnen. Wegen des Widerstands der Länder konnte der kostenträchtige stationäre Bereich damals noch nicht umfassend in das Kostendämpfungsprogramm einbezogen werden. Neu eingerichtet wurde die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen; sie wurde beauftragt, die Orientierungsdaten für die finanzielle Entwicklung der GKV zu entwickeln und strukturelle Fragen des Gesundheitswesens in regelmäßigen Abständen öffentlich zu erörtern. Sie wurde allerdings 2004 abgeschafft, da andere Gremien diese Aufgaben übernommen haben.

29 Von großer Bedeutung für die unterschiedliche Belastung der einzelnen Krankenkassen durch die Ausgaben für Rentner wurde der seit 1977 vorgeschriebene Finanzausgleich unter den Trägern der Krankenversicherung, der alle Krankenkassen, auch die Ersatzkassen, gleichmäßig an der Finanzierung der Aufwendungen für Rentner im Krankheitsfall beteiligte. Mit ihm wurden rd. 40% der Aufwendungen der GKV gemeinsam getragen.

30 Die Leistungseinschränkungen der Kostendämpfungsgesetze wurden ergänzt durch weitere Einschränkungen in den Haushaltsbegleitgesetzen 1983 und 1984, die wegen ungünstiger Haushaltslage und dadurch bedingter Entlastungen des Bundeshaushalts zu Lasten der GKV vorgenommen wurden. Das Kostendämpfungsprogramm führte zu einer vorübergehenden Stabilisierung der Beitragssätze, bis ein erneuter Kostenschub ab 1984 die Forderung nach einer grundlegenden Krankenversicherungsreform laut werden ließ.

### **Ausdehnung auf die neuen Länder**

31 Am 03.10. 1990 traten die auf dem Gebiet der früheren DDR entstandenen fünf neuen Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen der Bundesrepublik

Deutschland bei; der Ostteil Berlins wurde in das Land Berlin einbezogen.

Am 01.01.1991 wurde in ihnen ein gegliedertes Krankenversicherungssystem mit denselben medizinischen Versorgungsstrukturen wie in den alten Ländern errichtet und das dort geltende Krankenversicherungsrecht, wenn auch mit gewissen Übergangsregelungen, eingeführt.

### Entwicklung der Krankenversicherung 1908 - 2005

Jahr	Zahl der Mitglieder in Mio	Zahl der Krankenkassen
1908	10,0	22 887
1914	16,0	13 500
1932	18,7	6 000
1938	23,2	4 600
1951	20,0	1 992
1955	22,7	2 070
1960	27,1	2 028
1965	28,7	1 967
1970	30,6	1 815
1975	33,5	1 479
1980	35,4	1 319
1985	36,0	1 215
1990	37,8	1 147
1991*	50,3	1 135
1992	50,8	1 123
1993	50,9	1 111
1994	50,8	1 020
1995	50,7	898
1996	50,8	637
1997	50,9	554
1998	50,8	482
1999	50,8	455
1.1.2000	51,1	414
1.1.2001	51,0	388
1.1.2002	50,9	343
1.1.2003	50,9	318
1.1.2004	50,6	288
1.12.2004	50,8	280
1.12.2005	50,6	262

\*ab 1991 alte und neue Bundesländer

### Vorläufiger Endpunkt: Die Gesundheitsreform

32 Einen neuen Abschnitt in der Geschichte der GKV bildet die Gesundheitsreform. Sie wurde eingeleitet durch das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz), das am 01.01.1989 in Kraft trat. Es hat die krankenversicherungsrechtlichen Regelungen im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung abgelöst und sie als Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches kodifiziert.

Die Gesundheitsreform wurde weitergeführt durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), das am 01.01.1993 in Kraft trat. Das Gesundheitsstrukturgesetz hatte das Ziel, durch kurz-

und mittelfristige Maßnahmen, die zum Teil erst 1996 bzw. 1999 wirksam werden sollten, zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der GKV beizutragen und Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. 1993 hat der Bundesminister für Gesundheit den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, ein Sondergutachten zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung über das Jahr 2000 hinaus vorzulegen. Auf der Grundlage seiner Empfehlungen wurde eine weitere Phase der Gesundheitsreform in Gestalt der beiden Gesetze zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV am 01.07.1997 wirksam. Die im Herbst 1998 gewählte Koalition nahm eine Reihe von Regelungen dieser beiden Gesetze mit dem 1999 wirksam gewordenen GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz zurück und beschloss ein Gesetz zur Reform der GKV ab dem Jahr 2000, das am 01.01.2000 in Kraft trat. Die mit ihm eingeleitete grundlegende Umorientierung im Gesundheitswesen sollte durch ein Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems weitergeführt werden, auf das sich die im Herbst 2002 wiedergewählte Koalition verständigt hatte. Es ist am 01.01.2004 als Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) in Kraft getreten.

### Rechtsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung

33 Das Recht der GKV ist hauptsächlich im 5. Buch des Sozialgesetzbuchs geregelt, das 1989 das 2. Buch der RVO abgelöst hat. Noch in der RVO verblieben sind die Vorschriften über die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Ferner enthält die RVO noch Vorschriften über Dienstordnungs-Angestellte.

34 Die Vorschriften über die Krankenversicherung der land- und forstwirtschaftlichen Unternehmer und ihrer mitarbeitenden Familienangehörigen enthält das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Die Vorschriften über die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 verblieben.

35 Die Rechtsgrundlage für die Krankenversicherung der Künstler und Publizisten befindet sich im Künstlersozialversicherungsgesetz.

36 Im Übrigen gelten auch für die GKV das 1., 4., 9. und 10. Buch des Sozialgesetzbuchs (Allgemeiner



Teil, Gemeinsame Vorschriften, Rehabilitation, Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten).

## Aufgaben und Grundzüge der Krankenversicherung

### Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung

37 Das System der Sicherung im Krankheitsfall in der Bundesrepublik Deutschland wird getragen durch

- die gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
- die private Krankenversicherung und
- sonstige Sicherungssysteme (z. B. Unfall- und Rentenversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung, Beihilfe, Heilfürsorge von Polizei und Bundeswehr).

38 Der größte Teil der Bevölkerung des Bundesgebietes, rd. 88% oder 72 Mio. gehören der GKV an. Die Zahl der bei den Trägern der GKV versicherten Personen ist seit Schaffung der GKV ständig gestiegen, bis sie fast 90% erreicht hatte. Seitdem bewegt sie sich auf diesem Niveau. Diese Expansion ist insbesondere auf rechtliche Änderungen zurückzuführen, die den Personenkreis der Versicherten im Laufe der Jahre von der ursprünglichen Beschränkung auf die Industriearbeiter ständig ausgedehnt haben.

39 Außerhalb der GKV haben fast 11% der Bevölkerung vollen Versicherungsschutz, und zwar in der überwiegenden Zahl durch die private Krankenversicherung. Insgesamt sind über 8 Mio. Personen privat versichert oder haben sonstige Erstattungsansprüche wie z. B. aus dem Beihilferecht des öffentlichen Dienstes.

40 Die Gruppe der Nichtversicherten hat sich ständig verringert und beträgt nur 0,3% der Bevölkerung. Seit 01.01.2004 ist der GKV auch die Krankenbehandlung der meisten Sozialhilfeempfänger gegen Kostenerstattung durch die Sozialämter übertragen worden. Soweit dieser Personenkreis Arbeitslosengeld II nach dem SGB II bezieht, ist er seit 01.01.2005 pflichtversichert.

### Aufgaben der Krankenversicherung

41 Mit der in der Vergangenheit vielfach üblichen Definition, „es sei Aufgabe der Krankenversicherung,

dem geschützten Personenkreis im Falle der Krankheit die erforderlichen Leistungen zu gewähren“, wird die heute sehr viel weitergehende Aufgabenstellung der Krankenversicherung nur unzureichend umschrieben. Unzureichend deshalb, weil die Funktion der GKV auf die Aufgaben einer „Primär-Krankenversicherung“ eingeengt wird, die bei Krankheit Leistungen zu gewähren hat, wobei die schon 1883 eingeführten klassischen Leistungen wie Sicherung der medizinischen Behandlung, Zahlung von Krankengeld und Sterbegeld im Vordergrund stehen.

42 Demgegenüber hat der Gesetzgeber des Gesundheits-Reformgesetzes eine moderne Auffassung von der GKV in § 1 SGB V unter die Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortung“ gestellt und wie folgt definiert:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Mit dieser neuen Aufgabenbeschreibung werden Krankheitsverhütung, Krankheitsbehandlung und Rehabilitation zu gleichrangigen Aufgabenfeldern der GKV; neben die Leistungsgewährung treten als gleichrangige Aufgaben die Aufklärung und Beratung der Versicherten.

43 Dieser modernen Auffassung von der Aufgabenstellung der GKV entspricht auch ihr heutiger Leistungskatalog, der in einer Übersicht im § 11 SGB V zusammengefasst ist. Danach hat die GKV folgende Leistungen zu gewähren:

- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung einer Krankheit,
- zur medizinischen Rehabilitation und
- Zahlung von Krankengeld.



44 Dieser umfassende Leistungskatalog dokumentiert die über 120jährige Entwicklung der heutigen GKV von der Krankenversicherung der Arbeiter zur umfassenden, bundesweiten Institution der Gesundheitssicherung. Die Krankenkassen sind nicht mehr nur Einzugsstellen für Beiträge, Ausgabestellen für Krankenscheine oder Zahlstellen des Krankengeldes, sie sind heute ein wichtiger Faktor aktiver und gestaltender Gesundheitspolitik, eine unentbehrliche Koordinationsinstanz unseres Gesundheitswesens.

### Krankheit und Gesundheit

45 Voraussetzung für den Anspruch auf Krankenbehandlung und Krankengeld ist nach §§ 27, 44 SGB V das Vorliegen einer Krankheit; sie stellt das Risiko dar, bei dessen Eintritt wesentliche Leistungen der GKV zu erbringen sind.

46 Obwohl also „Krankheit“ der umfassende Grundbegriff des gesamten Krankenversicherungsrechts ist, wird „Krankheit“ in den bisherigen Rechtsgrundlagen des Krankenversicherungsrechts nicht näher erläutert. Weder das Krankenversicherungsgesetz vom 15.06.1883 noch die Reichsversicherungsordnung vom 19.06.1911 und auch nicht das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 noch die späteren Reformgesetze enthalten eine Legaldefinition des Begriffs der „Krankheit“. So blieb es der Rechtsprechung und der Verwaltungspraxis überlassen, Krankheit von anderen Gebrechen und Leidenszuständen abzugrenzen.

47 Im Anschluss an ein Urteil des Preußischen Oberverwaltungsgerichts aus dem Jahre 1898, die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und des Bundessozialgerichts wird der Begriff der „Krankheit“ für das Recht der Krankenversicherung heute allgemein wie folgt definiert: „Ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“

48 Es muss also ein objektiv fassbarer regelwidriger Zustand des Körpers oder des Geistes vorliegen, der von der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung gehoben, gebessert, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann. Entscheidend kommt es auf die Möglichkeit und die Notwendigkeit einer Heilbehandlung an. Mit diesen flexiblen Merkmalen wird erreicht, dass der rechtliche Krankheitsbegriff den neueren

Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den Auffassungen über die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung jeweils angepasst werden kann. Während das Reichsversicherungsamt bei Gebrechen eine Heilbehandlung nur dann als erforderlich angesehen hat, wenn sich besondere Beschwerden oder Schmerzen einstellten, hat das Bundessozialgericht z. B. in seiner Entscheidung vom 28.10.1960 bei einer angeborenen Hüftluxation eine Krankheit schon dann angenommen, wenn der gegenwärtige Zustand zwar noch keine Schmerzen oder Beschwerden bereitet, durch ärztliche Behandlung im Frühstadium aber eine wesentliche Besserung oder gar Beseitigung des Leidens erreicht werden kann.

49 Es war also eine weise Beschränkung des Gesetzgebers, auf eine gesetzliche Definition des Krankheitsbegriffs zu verzichten. Die Rechtsfortbildung im Wege der sozialgerichtlichen Rechtsprechung war damit in der Lage, eine ganze Reihe von Grenzfällen im Laufe der Jahre dem Krankheitsbegriff zuzuordnen, so bspw. Neurosen, Einschränkungen der Zeugungsfähigkeit, Trunksucht, verschiedene Formen körperlicher und geistiger Behinderungen, Zahnlosigkeit, Schwächezustände oder verschiedene Formen von Pflegebedürftigkeit wegen Krankheit.

50 Nicht ganz so eindeutig ist die Situation beim Begriff „Gesundheit“; hier fehlt es an einer in jahrzehntelanger Rechtsprechung entwickelten und allgemein anerkannten Definition. Das hat seinen Grund sicher darin, dass erstmals durch das Gesundheits-Reformgesetz die Begriffe „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ mit der Aufgabenstellung der GKV in Verbindung gebracht worden sind; in der Reichsversicherungsordnung und im Krankenversicherungsgesetz war der Begriff „Gesundheit“ nicht enthalten.

51 Gesundheit ist keine genau beschreibbare oder gar exakt messbare Größe. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Gesundheit als ein „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ definiert. Wenn auch diese Definition teilweise der Lebenswirklichkeit nicht gerecht wird und als konkret erreichbare, politische Zielsetzung nur begrenzt geeignet erscheint, so zeigt sie doch eine von allen Ländern und auch von der Bundesregierung akzeptierbare Zielrichtung auf.

An dieser Definition ist hilfreich, dass Gesundheit nie eindimensional biologisch gesehen wird, sondern

soziale und psychische Befindlichkeiten eingeschlossen sind. Dennoch ist diese Vorstellung von Gesundheit utopisch und gefährlich: utopisch, weil sie unerfüllbare Erwartungen in menschliches Handeln setzt, gefährlich, weil diese Erwartungen in Anforderungen und Ansprüche umgesetzt werden. Die Folge ist eine Betreuungsmentalität in unserer Gesellschaft mit der Vorstellung, dass jede Störung des Befindens durch ärztliche Maßnahmen angegangen werden kann und angegangen werden muss.

52 Demgegenüber hat die Bundesärztekammer als Definition folgende Formulierung vorgeschlagen: „Gesundheit ist die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwachsende körperliche und seelische, individuelle und soziale Leistungsfähigkeit des Menschen“, wobei man noch ergänzen kann, dass Leistungsfähigkeit zu verstehen ist im Sinne des Vermögens des Einzelnen zur Erfüllung seiner Rollenfunktion in der Gesellschaft.

53 Gesundheit ist danach ein individueller Besitz und zugleich auch soziales Gut. Die Erhaltung der Gesundheit ist abhängig von gesundheitsgerechten Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Stärkung der Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit. Gesundheit ist nicht statisch, sondern ein lebenslanger aktiver Prozess. Dabei spielen individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen, persönliche Lebensführung und Wohlbefinden sowie die ökonomischen, ökologischen und sozialen Bedingungen eine Rolle.

Gesundheit kann deshalb nicht als Abwesenheit aller Störungen und völliges Wohlbefinden definiert werden. Gesundheit ist vielmehr die Kraft, mit Störungen, die einen gewissen Grad nicht überschreiten, zu leben.

### **Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**

54 Die deutsche GKV wird bestimmt durch eine Reihe von Strukturprinzipien, die teils nur historisch erklärt werden können, teils aber als bewusste und gewollte Grundentscheidungen vom Gesetzgeber der Bismarckzeit so gestaltet worden sind. In ihrer Kumulation verleihen die verschiedenen Prinzipien der deutschen Krankenversicherung eine in der Welt wohl einzigartige Ausprägung eines sozialen Sicherungssystems. Die wesentlichen Prinzipien der GKV sind folgende:

### **Das Sachleistungsprinzip**

55 Eine Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers bei Schaffung der GKV ging dahin, den Versicherten die im Krankheitsfall erforderlichen medizinischen Dienste und Leistungen als solche, also in Gestalt von Naturalleistungen, zur Verfügung zu stellen, und zwar grundsätzlich ohne besondere Zahlungsverpflichtungen. Zur Verwirklichung des Sachleistungsprinzips schließen die Krankenkassen mit den so genannten Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw. Verträge mit der Verpflichtung, die Versicherten im Krankheitsfall zu Lasten der Krankenkassen zu behandeln. Die aufgrund dieser Verträge in Natur zu erbringenden Leistungen sind zwangsläufig für alle Versicherten gleich.

56 Das Sachleistungsprinzip hat sich in den zentralen Versorgungsbereichen der GKV im Großen und Ganzen als leistungsfähig erwiesen. Es garantiert, dass derjenige, der krank ist, ohne Rücksicht auf sein Einkommen behandelt werden kann. Dem Sachleistungsprinzip fehlen allerdings wegen der mit ihm verbundenen Intransparenz über Preise und Kosten auch Anreize zu einer sparsamen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen; davon können Gefahren für die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung ausgehen.

57 Das Gegenstück zum Sachleistungsprinzip ist das Kostenerstattungsprinzip. Danach legt der Patient die entstehenden Arzt-, Apotheker- und Krankenhausrechnungen aus eigener Tasche vor und erhält sie nach Einreichung der quittierten Rechnungen von seiner Krankenkasse zurückerstattet, und zwar in voller Höhe oder in der Höhe, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung hätte aufwenden müssen (GKV) oder eines vorher bestimmten Prozentsatzes (Private Krankenversicherung).

58 Nach dem Kostenerstattungsprinzip verfährt im Allgemeinen die private Krankenversicherung (PKV). Sie übernimmt also keinerlei Zahlungsverpflichtung gegenüber einem Arzt, sondern hat es allein mit ihrem Versicherten zu tun, dem sie seine Kosten erstattet. In der GKV können seit 01.01.2004 alle Versicherten Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Damit ist die bereits vom 01.07.1997 bis 31.12.1998 bestehende Rechtslage wieder hergestellt worden.

### **Das Solidaritätsprinzip**

59 Prägendes Kennzeichen der GKV ist das Solidaritätsprinzip. Die Beiträge, die der Versicherte für

seinen Krankenversicherungsschutz zu entrichten hat, richten sich nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit; sie werden bemessen nach einem Vomhundertsatz des Arbeitsentgelts. Alter, Geschlecht und das gesundheitliche Risiko des Versicherten sind für die Beitragshöhe unerheblich. Der Anspruch auf die medizinischen Leistungen der Krankenkasse ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge: Man bekommt nach dem Maße seiner Bedürfnisse und gibt nach dem Maße seiner Leistungskraft. Ausdruck des Solidarprinzips ist auch die beitragsfreie Familienversicherung von Ehegatten und Kindern, sofern diese kein Einkommen über einer bestimmten Höhe haben.

60 Das Solidaritätsprinzip unterscheidet die GKV ebenso wie das Sachleistungsprinzip von der privaten Krankenversicherung. Dort bemisst sich der Beitrag des einzelnen Versicherten nach dem individuellen Risiko und dem Wert des Versicherungsschutzes; Leistung und Gegenleistung sind aufeinander bezogen; sie sind gleichwertig. Es gilt das Äquivalenz-, nicht das Solidaritätsprinzip.

### Das Selbstverwaltungsprinzip

61 Der Gesetzgeber hat die Durchführung der Krankenversicherung nicht der unmittelbaren Staatsverwaltung übertragen, sondern sich für die Errichtung eigenständiger Verwaltungsträger in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts entschieden und die Verwaltung dieser Körperschaften den betroffenen Arbeitnehmern und Arbeitgebern überantwortet. Die Gründe für diese Entscheidung liegen darin, dass es bei Einführung der GKV bereits Krankenkassen gab, die sich bewährt hatten, so dass der Gesetzgeber die „korporativen Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung“ für die Lösung der anstehenden schwierigen Aufgaben für besser geeignet hielt als die unmittelbare Staatsgewalt.

62 Das Prinzip der Selbstverwaltung hat sich in der Krankenversicherung bewährt. Es verschafft den Beteiligten unmittelbare Mitwirkungsmöglichkeiten an der Ausgestaltung der Gesundheitssicherung. Es trägt zur Sozialpartnerschaft und zum sozialen Frieden bei. Es stellt allerdings auch hohe Anforderungen an die Konsensbereitschaft der Beteiligten.

### Das Prinzip der gegliederten Krankenversicherung

63 Organisatorisch ist die deutsche Krankenversicherung eine „gegliederte“ Versicherung, d. h. es gibt

keinen einheitlichen Versicherungsträger, sondern verschiedene Kassenarten, insgesamt 8, mit regionaler, berufsständischer oder branchenspezifischer Ausrichtung in insgesamt 262 rechtlich selbständigen Krankenkassen. Dabei zählen einzelne Krankenkassen weniger als 1000 Mitglieder, andere wiederum mehrere Mio.

64 Im Einzelnen gliedert sich das System der GKV in

- 17 Ortskrankenkassen,
- 206 Betriebskrankenkassen,
- 18 Innungskrankenkassen,
- 8 landwirtschaftliche Krankenkassen,
- 7 Ersatzkassen für Angestellte,
- 4 Ersatzkassen für Arbeiter,
- 1 See-Krankenkasse und
- 1 Bundesknappschaft.

Die Gliederung ist ein wichtiger Garant für ein einheitliches Gesundheitswesen und für Versichertennähe. Gleichwohl kann die organisatorische Vielfalt des deutschen Krankenversicherungswesens, wie schon die Sozialenquete 1965 festgestellt hat, kaum rational begründet werden, sondern bildet das Ergebnis historisch gewachsener Strukturen. Diese sind durch den historischen Gesetzgeber im Krankenversicherungsgesetz von 1883 in Anknüpfung an schon vorhandene Krankenkassen angelegt und seither im Grundsatz trotz allen gesellschaftlichen, ökonomischen und staatlichen Wandels der letzten 120 Jahre erhalten geblieben.

Auch die durch das Gesundheitsstrukturgesetz herbeigeführte Organisationsreform und die durch das GKV-Modernisierungsgesetz vorgenommenen Änderungen an der Organisationsstruktur haben an der Gliederung nicht gerüttelt. Allerdings werden sich die Konzentrationsprozesse innerhalb einzelner Kassenarten mit vielen Einzelkassen fortsetzen.

## Die Gesundheitsreform

65 Alle anderen Zweige unseres Systems der sozialen Sicherheit haben in der Nachkriegszeit die erforderlichen Strukturveränderungen erfahren:

- die Rentenversicherung 1957,

- die Unfallversicherung 1962 und
- die Arbeitslosenversicherung 1969.

Allein die Krankenversicherung hatte sich bis dahin allen Reformbemühungen widersetzt. Der frühere Bundesarbeitsminister Theodor Blank ist in den Jahren 1959/60 und 1962/63 mit zwei Reformversuchen gescheitert. Die Kostendämpfungsgesetzgebung in der Zeit von 1977 bis 1982 blieb ohne dauerhafte Wirkungen. Der Versuch einer wirklichen Reform der Krankenversicherung, der insbesondere nach den Erfahrungen mit der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ zu Beginn der 70er Jahre unzweifelhaft erforderlich gewesen wäre, ist damals nicht unternommen worden, obwohl man die Notwendigkeit einer Strukturreform damals durchaus erkannt und 1971 sogar eine „Sachverständigenkommission für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung“ eingesetzt hatte.

66 Hier zeigen sich die Besonderheiten, mit denen wir es in der Krankenversicherung zu tun haben. Hier gibt es nicht nur das natürliche Spannungsfeld zwischen den Beitragszahlern auf der einen und den Leistungsempfängern auf der anderen Seite, das für alle Zweige der Sozialversicherung gilt. In der Krankenversicherung kommt hinzu, dass mit der Leistungsgestaltung, vor allem aber mit der Einschränkung von Leistungen, unmittelbare Einkommensinteressen der Anbieter dieser Gesundheitsleistungen berührt werden. Und es ist die Vielfalt dieser Interessengruppen, angefangen bei den Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern über die Apotheker, die pharmazeutische Industrie, die Krankenhäuser und die Rehabilitationskliniken bis zu den Heilbädern, Transportunternehmen und den Optikern, Hörgeräteakustikern und Masseuren, deren Festhalten an erworbenen Besitzständen, die die Reform der Krankenversicherung so unsäglich schwierig macht.

## Notwendige Kostendämpfung im Gesundheitswesen

67 Die Ausgabenentwicklung der GKV, die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die Ergebnisse der bisherigen Kostendämpfungspolitik, die erneuten Defizite der Krankenkassen in den Jahren seit 1984 und 1991/1992 sowie die damit verbundenen Beitragssatzanhebungen der Krankenkassen machen deutlich: Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist unverzichtbar.

Die Leistungsausgaben in der GKV haben sich wie folgt entwickelt:

1960	5 Mrd. EUR
1970	12 Mrd. EUR
1975	30 Mrd. EUR
1980	44 Mrd. EUR
1990	69 Mrd. EUR
1995	97 Mrd. EUR
2000	105 Mrd. EUR
2001	109 Mrd. EUR
2002	112 Mrd. EUR
2003	113 Mrd. EUR
2004	109 Mrd. EUR

\*nur früheres Bundesgebiet

68 Die Gesundheitsausgaben insgesamt sind in den letzten 30 Jahren insgesamt stärker gestiegen als das nominale Bruttoinlandsprodukt oder die Bruttolohn- und -gehaltssumme. Auch die Leistungsausgaben wuchsen schneller als das Bruttosozialprodukt und schneller als die Löhne, sie waren nur mit ständig steigenden Beiträgen, mit steigender Bemessungsgrundlage und mit steigenden Beitragssätzen zu bezahlen. Die Entwicklung der Beitragsbelastung für die Versicherten und für die Arbeitgeber wird aus nachfolgender Tabelle deutlich (die Berechnungen gelten für das frühere Bundesgebiet):

In der jahresdurchschnittlichen Berechnung für 2005 ist berücksichtigt, dass ab 01.07.2005 zusätzlich zu dem paritätisch finanzierten allgemeinen Beitragssatz ein von den Mitgliedern zu finanzierender Zusatzbeitragssatz von 0,9 v. H. erhoben und der allgemeine Beitragssatz der Kassen zum gleichen Zeitpunkt entsprechend abgesenkt wurde.

69 Der überproportionale Ausgabenanstieg und die steigenden Beitragssätze sind Symptome tiefer liegender Ursachen. Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Unwirtschaftlichkeit als Folge von Steuerungsmängeln im System der GKV bilden neben den Leistungsausweitungen, den Auswirkungen des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und den Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung einen entscheidenden Teil dieser Ursachen, die letztlich zu einer Verschwendung von Finanzmitteln der Solidargemeinschaft führen.

70 Die Konsequenz aus den vielfältigen Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eindeutig: Beitragssatzstabilität in der GKV ist ohne besondere Anstrengung aller Beteiligten nicht zu erreichen. Im Gegenteil: Die ausgabenwirksamen Faktoren würden in absehbarer Zeit zur Unfinanzierbarkeit der Krankenversicherung führen.

71 Die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen, wie sie seit 1976/1977 formuliert und praktiziert wurde, ist darauf ausgerichtet, die Ausgaben in der GKV im Gleichgewicht mit den Beitragseinnahmen zu halten, und zwar bei stabilen Beitragssätzen. Das bedeutet eine Orientierung des Wachstums der Ausgaben der Krankenversicherung an der Entwicklung der Grundlohnsumme – das sind die beitragspflichtigen Entgelte der Versicherten –, also an der Entwicklung der Einnahmen der Versicherungsgemeinschaft. Deshalb wird diese Politik als einnahmeorientierte Ausgabenpolitik oder als Politik der Beitragssatzstabilität bezeichnet.

72 Die Umsetzung dieser Politik geschah nicht ausschließlich durch gezielte dirigistische Eingriffe und Entscheidungen des Gesetzgebers, sondern auch durch eine Vielzahl von Maßnahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung, die insgesamt darauf ausgerichtet waren, das System der GKV finanzierbar zu halten.

73 Stabile Beitragssätze in der GKV sind nicht nur wirtschaftspolitisch notwendig, sondern auch gesundheitspolitisch zu verantworten. Die einkommensbezogene Finanzierung in Verbindung mit der Dynamik der Beitragsbemessungsgrenze garantiert den Krankenkassen bei stabilen Beitragssätzen ein Wachstum der Einnahmen im Gleichschritt mit den Einkommen der Versicherten. In der Vergangenheit reichte dieser Einnahmewachstum aus, um das hohe Niveau unserer gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen und die Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Angesichts veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen wird dieser Einnahmewachstum aber immer geringer. Es stellt sich die Frage, ob es auf Dauer ausreicht, den steigenden Finanzbedarf dadurch zu decken, dass verstärkt Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft und Überkapazitäten abgebaut werden. Stabile Beitragssätze, eine leistungsfähige gesundheitliche Versorgung und medizinischer Fortschritt ließen sich in einer Zeit normal wachsender Beiträge sehr wohl miteinander in Einklang bringen; allerdings bedarf es dazu erheblicher Anstrengungen. Schwierig wird es allerdings dann, wenn Beitragseinnahmen und notwendiger medizinischer Bedarf längerfristig auseinander laufen und auch durch Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr gedeckt werden können. Die Gesundheitspolitik wird sich in Zukunft mit diesen Fragen verstärkt auseinandersetzen müssen.

## Notwendigkeit der Gesundheitsreform

74 Die Ergebnisse und die Erfahrungen mit der seit 1976 eingeleiteten Politik der globalen Kostendämpfung vermögen nicht zu überzeugen und nicht zu befriedigen. Die Mängel liegen darin, dass die Maßnahmen dieser Politik nicht zu den Wurzeln der Ausgabenüberhänge vorgedrungen sind und die Ursachen der Fehlsteuerungen nicht beseitigt haben. Um es bildlich auszudrücken: Auf dem kochenden Topf der Ausgaben der Krankenversicherung wurde zwar der Deckel fester angezogen und damit ein Überkochen verhindert, das Feuer unter dem Topf aber wurde nicht zurückgenommen. Die Wirkung der Kostendämpfungsgesetze war deshalb jeweils nur von kurzer Dauer. Schon nach wenigen Jahren entstand ständig neuer Handlungsbedarf.

75 Ein weiterer Mangel der globalen Kostendämpfungspolitik liegt auch darin, dass die einzelnen Ausgabenblöcke der GKV in ihrer derzeitigen Relation zueinander weitgehend zementiert wurden, und zwar ohne Rücksicht auf sich wandelnde Bedürfnisse der gesundheitlichen Versorgung. Die Anteile der einzelnen Ausgabenblöcke sind im Wesentlichen ohne bewusste Orientierung an medizinischen Notwendigkeiten entstanden.

76 Den gemeinsamen Anstrengungen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung ist es zwar gelungen, die explosionsartige Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung aus der ersten Hälfte der 70er Jahre abzuschwächen und vorübergehend auch zu stoppen; eine dauerhafte Stabilisierung wurde jedoch nicht erreicht. Die vor 1989 eingeleiteten gesetzgeberischen Kostendämpfungsmaßnahmen haben die eigentlichen Ursachen der überproportionalen Ausgabenentwicklung in der GKV nicht beseitigt; sie haben sich darauf beschränkt, kurzfristig an den Symptomen dieser Entwicklung zu korrigieren. Eine solche Politik beschwört ständig neue Eingriffe des Gesetzgebers herauf. Eine Politik, die die Steuerungsmängel des Systems unverändert fortbestehen lässt, war gesundheits- und sozialpolitisch nicht vertretbar.

77 Die Bilanz der 10jährigen Kostendämpfungsmaßnahmen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung zwischen 1976 und 1986 macht deutlich, dass es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gab. Auch alle im Bundestag vertretenen politischen Parteien haben den gesetzgeberischen Handlungsbe-



darf für eine Strukturreform im Gesundheitswesen anerkannt.

### Rechtspolitische Ziele

78 Ziel der Gesundheitsreform war eine solidarische Erneuerung, nicht aber eine völlige Neukonstruktion der GKV. Die tragenden Grundprinzipien der GKV – Solidarität, Subsidiarität, Selbstverwaltung, Gliederung und Sachleistung – standen nicht zur Disposition. Eine Abschaffung dieser Grundprinzipien hätte eine Abkehr von einer verlässlichen Sozialpolitik bedeutet. Das hätte nicht nur Unsicherheit geschaffen, sondern zu sozial- und gesundheitspolitisch unververtretbaren Konsequenzen geführt.

79 Die Bundesregierung lehnt damals wie heute die Einführung eines staatlichen Versorgungssystems im Gesundheitswesen ebenso ab wie eine Einheitsversicherung. Auf der anderen Seite hält die Bundesregierung auch reine Marktmodelle im Gesundheitswesen für unververtretbar, da sie die soziale Schutzfunktion der GKV aushöhlen. Der soziale Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen jungen und alten Menschen, Ledigen und Familien mit Kindern, Beziehern höherer und niedriger Einkommen ist elementarer Bestandteil der GKV. Diese Umverteilungsfunktionen können von einem reinen Marktssystem nicht geleistet werden.

80 Die Absage an reine Marktmodelle bedeutet allerdings keine Absage an den verstärkten Einbau von Elementen des Marktes und des Wettbewerbs in die GKV.

81 Auf dieser Grundlage einer grundsätzlichen Wertschätzung des historisch gewachsenen Systems der GKV und seiner Grundprinzipien und unter Beachtung der Zielvorgaben der Koalition stellte das Gesundheits-Reformgesetz die Weichen für eine Neuorientierung, für ein Umsteuern in der medizinischen Versorgung.

82 Leitgedanken waren:

- Fehlentwicklungen werden korrigiert, Überversorgungen abgebaut (z. B. beim Zahnersatz und bei Arzneimitteln),
- Unterversorgungen werden beseitigt (z. B. bei der Schwerpflegebedürftigkeit),
- die Verantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit wird gestärkt und durch erhöhte Zuzahlungen auch spürbar gemacht,

- die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird verbessert (z. B. durch die Verankerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und neuartige Wirtschaftlichkeitsprüfungen) und
- das Recht der GKV wird neu kodifiziert und als Teil V in das Sozialgesetzbuch eingestellt.

Die Krankenversicherung sollte durch die Reform neue Instrumente erhalten, um ihren Solidarauftrag besser erfüllen zu können.

### Neukodifizierung des Rechts der Krankenversicherung

83 Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) bedeutete zwar nach 100 Jahren sozialer Krankenversicherung die erste tief greifende und umfassende Reform, allerdings ist das GRG sicher kein „Jahrhundertgesetz“. Das gilt umso mehr, als der Gesetzgeber bewusst bedeutsame und schwierige Teile des Reformbedarfs ausgeklammert und sie weiteren Reformschritten vorbehalten hatte, bspw. die Kasernenstrukturen, die Überkapazitäten im Gesundheitswesen, die steigenden Arztzahlen (Rdnr. 408 ff) und eine umfassende Lösung der Pflegeproblematik (vgl. Kapitel 11). Gleichwohl ist nicht zu verkennen und auch nicht zu bestreiten, dass mit dem GRG in der Krankenversicherung ein neues Kapitel aufgeschlagen worden ist.

84 Die Krankenkassen mussten vom 01.01.1989 an ein für sie völlig neu gestaltetes Recht anwenden. Das altvertraute Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung gibt es nur noch in Gestalt einiger Restvorschriften. Das Recht der Krankenversicherung ist systematisch neu geordnet und neu geschrieben worden, es findet sich jetzt im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches. Mit dieser Neukodifizierung des Rechts der GKV hat die Gesundheitsreform der Idee zur Schaffung eines umfassenden Sozialgesetzbuchs einen entscheidenden Impuls gegeben. Mit dem Recht der Krankenversicherung ist erstmals das gesamte Recht eines wichtigen Zweiges der sozialen Sicherung in das SGB eingestellt worden.

### Auswirkungen des Gesundheits-Reformgesetzes

85 Das GRG führte 1989 zu deutlichen Einspareffekten. Erstmals in der Geschichte der GKV war es gelungen, nicht nur die Ausgabenzuwächse der Krankenversicherung zu verringern, sondern einen Ausgabenrückgang unter das bisherige Niveau zu erreichen.



Die gesamten Leistungsausgaben der Krankenkassen gingen von 128 Mrd. DM im Jahr 1988 auf 123 Mrd. DM im Jahr 1989 zurück. Deshalb konnte der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen zunächst stabil gehalten und sogar gesenkt werden, von 12,9% im Jahr 1989 auf 12,8% zum 01.01.1990 und auf 12,2% im weiteren Verlauf des Jahres 1990.

86 Doch bereits ab Mitte 1990 begannen die Einspareffekte zu verpuffen, nahmen die Ausgaben der Krankenkassen wieder stärker zu als die Einnahmen. 1991 stiegen die Ausgaben je Mitglied in den alten Ländern mit 10,7% mehr als doppelt so stark wie die beitragspflichtigen Einnahmen mit 5%. Auch 1992 setzte sich der Ausgabenanstieg mit 9,2% gegenüber einer Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen von 5,1% fort. Angesichts eines Defizits in den alten Ländern von 5,6 Mrd. DM in 1991 und 9,1 Mrd. DM in 1992 stieg der auf Grund der Gesundheitsreform auf 12,2% abgesunkene durchschnittliche Beitragssatz bis Ende 1992 auf die Rekordmarke von 13,4% an. Selbst die neuen Länder verzeichneten nach einem Überschuss von 2,8 Mrd. DM in 1991 ein Jahr später bereits ein Defizit von 300 Mio. DM.

87 Die Ursachen dafür sind vielfältig. Sicher mag eine Rolle gespielt haben, dass die Selbstverwaltung 1990/91 sehr stark mit dem Aufbau der gegliederten Krankenversicherung in den neuen Ländern beschäftigt war und ihre Anstrengungen auf diese Aufgabe konzentrierte. Ausschlaggebend war aber, dass wichtige Ansätze des GRG, die auf eine Umsteuerung des Gesundheitswesens in Richtung erhöhter Effizienz und verbesserter Qualität hinwirken sollten, einfach nicht umgesetzt wurden:

- Verzahnung der Versorgungsbereiche,
- Kündigungsrecht der Krankenkassen gegenüber unwirtschaftlichen Krankenhäusern,
- Einführung von Richtgrößen für die Arzneimittelverordnung der Ärzte,
- Einführung der Krankenversichertenkarte usw.

88 Die Masse der Einsparungen ergab sich aus Leistungsbegrenzungen und der Erhöhung von Zuzahlungen. Das Ziel des GRG, die finanziellen Lasten der Gesundheitsreform gleichmäßig auf die Schultern von Leistungserbringern und Versicherten zu verteilen, scheiterte an der Blockadeposition einzelner Beteiligter. Am Ende hatten im Wesentlichen nur die Versicherten ihren Beitrag erbracht.

## Das Gesundheitsstrukturgesetz

89 Angesichts einer derart dramatischen Entwicklung musste die Gesundheitspolitik rasch handeln. Unter Führung des neuen Gesundheitsministers Seehofer erarbeitete die Regierungskoalition Vorschläge, die mit einem Gesundheitsstrukturgesetz strukturelle Erneuerungen im Gesundheitswesen anstrebten:

- Begrenzung der Arztzahlen über verschärfte Bedarfsplanungsrichtlinien und gesetzliche Restriktionen,
- Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung,
- Lockerung der weitgehenden Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung, z. B. durch ambulantes Operieren und vor-/nachstationäre Behandlung im Krankenhaus,
- stärkere Haftung des Arztes für veranlasste Leistungen und
- Stärkung der Qualitätsverantwortung bei allen Beteiligten.

90 Als Sofortbremse sollten die wichtigsten Ausgabebereiche für eine bestimmte Zeit an die Einnahmenentwicklung angebunden sein (Budgetierung) und für bestimmte Leistungen (Zahnersatz, Arzneimittel) die Vergütung bzw. die Preise abgesenkt werden.

91 Da die SPD-regierten Länder im Bundesrat über eine deutliche Mehrheit verfügten, waren Konsensgespräche zwischen Regierung und Opposition, zwischen Bund und Ländern unausweichlich. In einer Klausurtagung in Lahnstein einigten sich beide Seiten auf eine von den meisten Beteiligten nicht erwartete umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen. Sie wurde trotz massivster Widerstände im außerparlamentarischen Raum, insbesondere von Seiten der Leistungserbringer, weitgehend unverändert verabschiedet und trat am 01.01.1993 in ihren Hauptteilen in Kraft.

### Sofortmaßnahme: Budgetierung der wichtigsten Leistungsbereiche

92 Von 1993 bis 1995 durften die Ausgaben der GKV nur noch im Gleichklang mit den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder steigen. Die Budgetierung der Ausgaben der GKV bezog sich nicht nur auf

die wichtigsten Leistungsbereiche (Krankenhausbehandlung, ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, stationäre Kuren, d. h. rd. 70% der Leistungsausgaben), sondern galt auch für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Ausgangsbasis waren – bis auf den Krankenhausbereich – die um die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1992 erhöhten Rechnungsergebnisse des Jahres 1991. Für die neuen Länder galten Sonderregelungen.

93 Die vorübergehende Budgetierung bedeutete nicht, dass die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen außer Funktion gesetzt wurde. Sie konnte auch weiterhin die Gesamtvergütung aushandeln, hatte allerdings als Obergrenze für Zuwächse den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV zu beachten.

94 Die Budgetierung war nicht als dauerhaftes Instrument gedacht. Bereits mittelfristig sollte das Zusammenwirken von Krankenkassen, Leistungserbringern, Versicherten und Gesetzgeber zu einer am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientierten Selbststeuerung der GKV führen. Diesem Ziel dienten die Strukturelemente des Gesundheitsstrukturgesetzes, insbesondere die Neuordnung des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen, die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die wirksame Begrenzung der steigenden Arzttzahlen in der GKV, die Neugestaltung des Arzneimittelsektors und die Organisationsreform des gegliederten Krankenkassensystems.

### Strukturelle Veränderungen

95 Im Gegensatz zum GRG sah das Gesundheitsstrukturgesetz im Krankenhausbereich wichtige strukturelle Veränderungen vor. Dazu zählten vor allem:

- die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips zum 01.01.1993 und die Einführung von leistungsorientierten Vergütungen insbesondere in Form von Fallpauschalen und Sonderentgelten ab 01.01.1995,
- Zulassung der Krankenhäuser zur vor- und nachstationären Behandlung sowie zum ambulanten Operieren und
- ein Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Ländern von 1995 bis 2004 unter Beteiligung von Bund, neuen Ländern und Krankenkassen.

96 Der Bereich der ambulanten ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung erfuhr nachhaltige Veränderungen durch

- eine Begrenzung der Zahl der zugelassenen Vertragsärzte bis 1998 durch eine wirksamere Gestaltung der Bedarfsplanung und ab 1999 durch eine Zulassung nach Bedarf; die Zulassung endet mit Vollendung des 68. Lebensjahres,
- eine Förderung der hausärztlichen Versorgung unter qualitativen, finanziellen und organisatorischen Aspekten und
- eine Absenkung des Punktwerts für Zahnersatzleistungen und kieferorthopädische Behandlungen um 10% sowie der Vergütung für zahntechnische Leistungen um 5%, und die Einführung eines degressiven Punktwerts für alle zahnmedizinischen Bereiche bei Überschreiten einer bestimmten Punktwertmenge.

97 Besonders intensiv widmete sich das Gesundheitsstrukturgesetz dem Arzneimittelsektor, da die Ausgaben der Krankenkasse für Medikamente von 1990 bis 1992 in den alten Ländern um rd. 24,0% gestiegen waren:

- das Volumen der zu Lasten der GKV 1993 verordneten Arzneimittel wurde auf das bereinigte Volumen von 1991 begrenzt. Bei einer Überschreitung des Arzneimittelbudgets sollten 1993 Vertragsärzte und pharmazeutische Industrie (später nur die Vertragsärzte) für einen Ausgleich sorgen. Das für Arznei- und Heilmittel zustehende zeitlich nicht begrenzte Budget konnte aber durch Richtgrößen abgelöst werden,
- als Solidarbeitrag der pharmazeutischen Industrie wurden die Herstellerabgabepreise für Arzneimittel ohne Festbetrag 1993 und 1994 um 5% (nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: 2%) abgesenkt,
- zur Schaffung von mehr Transparenz und zur Qualitätssicherung auf dem Arzneimittelmarkt wurde beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ein Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ gebildet, dessen unabhängige Sachverständige bis Mitte 1995 eine Liste von zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimitteln (so genannte Positivliste) erarbeiten sollten und

- die Zuzahlung zu Arzneimitteln wurde für 1993 nach Preisklassen gestaffelt. Ab 1994 wurde eine packungsgrößenabhängige Zuzahlung eingeführt, mit der der Verschwendung von Arzneimitteln („Arzneimittelmüll“) vorgebeugt werden sollte.

98 Tief greifende Veränderungen betrafen die Organisation der GKV:

- ab 1996 hatten bis zu 95% aller Mitglieder die Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Krankenkassen zu wählen,
- ab 1994 wurde ein bundesweiter einnahmeorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen Kassen und Kassenarten eingeführt, der die Faktoren beitragspflichtige Einnahmen, familienversicherte Angehörige sowie alters- und geschlechtsbedingte Belastungsfaktoren der Versicherten umfasst. Er löste ab 1995 auch den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner ab,
- für alle Kassenarten gelten die Regelungen des Kassenarztrechts einheitlich. Die Vereinbarungen müssen künftig auf der Ebene der kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden. Aus dem „Kassenarzt“ wird für alle Kassenarten der „Vertragsarzt“,
- die Selbstverwaltung der Krankenkassen wurde ab 1996 neu geregelt und
- der rechtliche Rahmen für freiwillige Zusammenschlüsse von Krankenkassen wurde erweitert und zugleich wurden die Möglichkeiten der Landesregierung verbessert, durch Rechtsverordnung Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen zu größeren Einheiten zusammenzuschließen.

99 Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurden die Weichen in der Gesundheitspolitik neu gestellt. Anders als beim Gesundheits-Reformgesetz trugen diesmal die Leistungserbringer etwa drei Viertel, die Versicherten ein Viertel der vom Gesetz beabsichtigten Belastungen und Umschichtungen. Der Staat übernahm, wenn auch subsidiär, wieder eine stärkere Rolle in der globalen Ausgabenverantwortung im Gesundheitswesen. Im Übrigen blieben die Funktionen der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV voll erhalten. Nur wenn innerhalb angemessener Fristen die gesetzlichen Aufträge nicht erfüllt wurden, waren Regelungen vorgesehen, die zu einer rechtswirksamen Umsetzung führen. Dies geschah

über die Anrufung von Schiedsstellen durch die Aufsichtsbehörden oder durch Ersatzvornahmen im Verordnungsweg. Hier hat der Gesetzgeber ebenfalls aus negativen Erfahrungen bei der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes gelernt.

100 Kapazitäten sollten durch administrative Rege-lungsmechanismen und erweiterte Kompetenzen der Krankenkassen begrenzt und möglichst zurückge-fahren werden. Die Honorierungs- und Finanzierungs-systeme sollten stärkere Anreize für alle Beteiligten zur wirtschaftlichen Mittelverwendung und zur qualitätsbewussten Leistungserbringung geben. Schließ-lich setzte das Gesundheitsstrukturgesetz auf eine stärkere Konkurrenz zwischen den Krankenkassen und ging erste Schritte zur Einführung von Wettbe-werb zwischen den Leistungserbringern.

### **Finanzielle Entwicklung der GKV seit den 90er Jahren**

101 Die Finanzentwicklung der GKV war in den Jahren 1991 und 1992 durch eine sich stark beschleunigende Defizitentwicklung mit einem erheblichen Anstieg des Beitragssatzniveaus gekennzeichnet. Durch die Maßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes kam es in den Jahren 1993 und 1994 wiederum zu hohen Überschüssen.

102 In vielen Bereichen hat das Gesundheitsstrukturgesetz zunächst zu beachtlichen Einsparungen geführt, insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung. Die Finanzentwicklung der Jahre 1993 und 1994 erweckte zunächst den Eindruck, dass es mit Hilfe des Gesundheitsstrukturgesetzes insgesamt gelungen sein könnte, die Ausgabenentwicklung der GKV wirksam zu begrenzen und die Beitragssätze zu stabilisieren.

103 Die Finanzentwicklung der Jahre 1995 und 1996 hat jedoch gezeigt, dass mit zunehmendem Abstand zum In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes die Einsparerfolge in den verschiedenen Leistungs-bereichen deutlich zurückgingen und die GKV wieder erhebliche Defizite und mit zeitlicher Verzögerung auch Beitragssatzsteigerungen hinnehmen musste.

### **Beitragsentlastungsgesetz und die beiden GKV-Neuordnungsgesetze**

104 In den Jahren 1996 und 1997 wurde erneut ver-sucht, mit dem Gesetz zur Entlastung der Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitrags-entlastungsgesetz) sowie dem Ersten und Zweiten

Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz) eine sich erneut abzeichnende Beitragssatzexpansion zu stoppen und weitere Defizite in der GKV zu verhindern.

105 Das Beitragsentlastungsgesetz sowie das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz, die zum 01.01.1997 bzw. zum 01.07.1997 in Kraft traten, sahen vor allem massive Zuzahlungserhöhungen vor, der Leistungsumfang wurde reduziert und einzelne Elemente der privaten Krankenversicherung in die GKV eingeführt. Die Ursachen überproportionaler Ausgabensteigerungen konnten mit dem Beitragsentlastungsgesetz und den beiden GKV-Neuordnungsgesetzen jedoch nicht beseitigt und damit auch die Voraussetzungen für dauerhafte Beitragssatzstabilität in der GKV nicht geschaffen werden.

### Neue Reformakzente ab 1998

106 Die im Herbst 1998 gewählte Koalition von SPD und Bündnis 90/Die Grünen machte schon in ihrer Koalitionsvereinbarung deutlich, dass sie zwar ebenfalls den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge stoppen und die Beiträge dauerhaft stabilisieren, aber auch völlig neue Akzente gegenüber der bisher vertretenen Gesundheitspolitik setzen wollte. Um dieses Ziel zu erreichen, beschloss sie schon wenige Tage nach der Regierungsübernahme ein Vorschaltgesetz, das wesentliche Regelungen der beiden Neuordnungsgesetze zurücknahm und eine vorläufige Ausgabenbegrenzung vorsah. Damit wollte die Koalition die Voraussetzungen zur Durchführung einer Strukturreform zum 01.01.2000 schaffen, die für mehr Wettbewerb um Qualität, Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen sorgen sollte.

### Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz

107 Das am 01.01.1999 in Kraft getretene GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz nahm wesentliche Regelungen der beiden GKV-Neuordnungsgesetze (z. B. Rdnr. 105 ff) zurück oder schwächte sie ab:

- für die wichtigsten Leistungsbereiche der Krankenkassen werden im Jahr 1999 ausgabenbegrenzende Regelungen vorgesehen,
- die generelle Erhöhung von Zuzahlungen und ihre Dynamisierung werden zurückgenommen, die Zuzahlung für Arzneimittel wird gemildert; für chronisch Kranke wird bei der Härtefallregelung

eine niedrigere Belastungsgrenze geschaffen. Der Koppelungsmechanismus von Beitragssatzerhöhung und Zuzahlungserhöhung wird abgeschafft. Das so genannte Krankenhausnotopfer wird für die Jahre 1998 und 1999 ausgesetzt,

- Zahnersatz wird wieder zur Sachleistung, die Festzuschüsse zum Zahnersatz werden abgeschafft; der Ausschluss der Zahnersatzleistung für nach 1978 Geborene wird rückgängig gemacht,
- Elemente der privaten Versicherungswirtschaft wie Beitragsrückgewährung, Kostenerstattung für Pflichtversicherte und Selbstbehalt sowie Gestaltungsrechte der Krankenkassen wie Versichertenfinanzierte Satzungsleistungen und Erhöhung von Zuzahlungen werden zurückgenommen und
- die zeitliche Befristung im gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich wird gestrichen.

108 Schon im Entwurf eines GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes hatte die Koalition angekündigt, in der Gesundheitspolitik eine Kehrtwende einleiten zu wollen. Sie verständigte sich auf eine Strukturreform der GKV, die folgende Maßnahmen vorsehen sollte:

- Streichung medizinisch fragwürdiger Leistungen und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen,
- Einführung eines Globalbudgets für die Ausgaben der Krankenkassen,
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung unter Beachtung der freien Arztwahl,
- bessere Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern, z. B. durch gemeinsame Nutzung teurer Medizintechnik,
- Neuordnung des Arzneimittelmarktes durch Einführung einer Positivliste und Verstärkung der Re-Importe von Arzneimitteln,
- Neuordnung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme im Rahmen der Vertragsgebührenordnungen und Pflegesätze einschließlich monetarischer Krankenhausfinanzierung,
- Vorrang von Rehabilitation vor Frühverrentung und Pflege,
- Reform der ärztlichen Ausbildung und Überprüfung der Berufsbilder der Medizinalfachberufe und

- Stärkung der Patientenrechte, des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung sowie die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung.

Dabei sollten Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Rehabilitation einen hohen Rang erhalten sowie das Instrument der Selbsthilfe gestärkt werden.

### **Die GKV-Gesundheitsreform 2000 und das Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV**

*109* Nach eingehender Vorbereitung legten Bundesregierung und Koalition am 23.06.1999 den umfangreichen Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vor. Sein Ziel war es, in der GKV eine gute Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall auf qualitativ hohem Niveau zu zumutbaren Beiträgen sicherzustellen. Dazu setzte der Entwurf in 16 Themenkomplexen Anreize für alle Beteiligten, ressourcenverzehrende Defizite in der Versorgung zu beseitigen, die medizinische Orientierung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt zu rücken sowie Qualität und Effizienz der Versorgung über den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern zu stärken.

*110* Zentrale Reformelemente bildeten die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung, die Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie die Erweiterung von Patientenrechten und des Patientenschutzes. Außerdem umfasste das Reformkonzept die Einführung einer umfassenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sowie die Bewertung medizinischer Technologien und Verfahren nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Dem Medizinischen Dienst wurde die Aufgabe eines kompetenten Beraters der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen zugewiesen. All dies sollte unter dem Dach eines Globalbudgets stattfinden, das einerseits die Einhaltung der Beitragssatzstabilität garantieren, aber andererseits eine Umschichtung zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens möglich machen sollte.

*111* Stieß das Reformkonzept auf Grund dieser Zielsetzung anfangs durchaus auf positive Resonanz in der gesundheitspolitischen Szene – nicht nur Krankenkassen, Sozialpartner und Patientenorganisationen signalisierten Zustimmung, sondern auch Leis-

tungserbringer reagierten verhalten positiv –, wuchs mit Vorlage der ersten Vorentwürfe die Ablehnungsfront. Vor allem die im Reformkonzept enthaltenen Budgetierungsregelungen stießen auf zunehmende Kritik bei den Leistungserbringern. Ebenso wurde den Vorschriften zu einer verbesserten Steuerung einzelner Ausgabenbereiche der Vorwurf der Bürokratisierung und der Auslieferung an die Macht der Krankenkassen gemacht. Bei den Krankenkassen mehrten sich die Zweifel, ob das vorgesehene Globalbudget praktikabel sei.

*112* Noch schwieriger wurde es für das Reformprogramm der Bundesregierung, als nach den Landtagswahlen in Hessen und im Saarland die Koalition die Mehrheit im Bundesrat, mit der sie noch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz problemlos hatte durchsetzen können, verlor. Da wesentliche Reformteile wie die Reform des stationären Sektors oder die Einführung eines Globalbudgets von der Zustimmung des Bundesrates abhängig waren, musste die Koalition zunehmend auf die Interessen aller Länder Rücksicht nehmen. Als zusätzliches Erschweris stellten sich die Finanzprobleme der Krankenkassen in den neuen Ländern heraus.

*113* Nachdem der Bundesrat den Gesetzentwurf am 26.11.1999 einhellig abgelehnt hatte, konzentrierte sich die Koalition auf ein zustimmungsfreies Gesetzespaket und koppelte das Finanzproblem der ostdeutschen Krankenkassen ab. Die Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses, aus der alle zustimmungspflichtigen Teile des Gesetzes entfernt worden waren, passierte Bundestag und Bundesrat am 16. bzw. 17.12.1999, sodass dieses Gesetz wie vorgesehen am 01.01.2000 in Kraft getreten ist.

*114* Die geänderten Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat haben dazu geführt, dass das mit hohen Erwartungen begleitete Reformpaket in wesentlichen Punkten ausgedünnt werden musste. Insbesondere scheiterte die Absicht der Koalition, eine durchgreifende Steuerung der verschiedenen Ausgabenbereiche zu erreichen. Insgesamt fehlt es weiterhin an wirksamen Instrumenten zur Eindämmung der Angebotskapazitäten.

*115* An die Stelle des zustimmungspflichtigen Globalbudgets traten nun eine sektorale Budgetierung und die Verpflichtung zur Vertragspolitik auf die Einhaltung der Beitragssatzstabilität. Im stationären Sektor ist die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung an den Ländern gescheitert.



Von der Krankenhausreform blieb im Wesentlichen die allerdings enorm wichtige Einführung des neuen Entgeltsystems, das Fallpauschalen auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) vorsieht. Ebenso fielen alle Vorschriften zur Zusammenführung von Patienten- und Abrechnungsdaten sowie zur Weiterentwicklung des Medizinischen Dienstes weg. Im Arzneimittelbereich blieb es zwar bei der Positivliste für Arzneimittel; ihre Einführung hing aber von der Zustimmung des Bundesrates ab.

*116* Erhalten blieben im Gesetz die Vorschriften zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Vertragsärzteschaft, Krankenhäuser und die zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet. Gleichzeitig hatten sie sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Darüber hinaus wurden die Bundesausschüsse deutlich aufgewertet: Parallel zum Bundesausschuss Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen wurde ein Bundesausschuss „Krankenhaus“ eingeführt. Künftig durften im stationären Sektor nur solche Methoden zu Lasten der GKV erbracht werden, deren Wirksamkeit und Nutzen nachgewiesen ist.

*117* In der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens ist zur Vernetzung der verschiedenen Bundesausschüsse noch ein Koordinierungsausschuss eingefügt worden. Dieser sollte neben der Abstimmung der Arbeit der verschiedenen Bundesausschüsse Empfehlungen in sektorübergreifenden Angelegenheiten abgeben. Darüber hinaus sollte er auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr beschließen.

*118* Prävention, Selbsthilfeförderung und Patientenberatung erhielten einen höheren Stellenwert. So können die Krankenkassen künftig wieder Leistungen der primären Prävention erbringen. Um wettbewerbsorientierte Auswüchse der Vergangenheit zu vermeiden, werden die Spitzenverbände der Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Prävention festlegen.

*119* Neben dem zustimmungsfreien GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist am 01.01.2000 auch noch das von der Zustimmung des Bundesrates abhängige Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten. Es hob die meisten der in den neuen Ländern geltenden Sonder-

regelungen in der GKV (z. B. getrennte Haushaltsführung für in beiden Rechtskreisen tätige Krankenkassen, abweichende Rechengrößen) ab 01.01.2001 auf. Außerdem wurden die Krankenhausinvestitionen im Rechtskreis Ost als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben in den Risikostrukturausgleich einbezogen. Ab dem Jahr 2001 wurde – zusätzlich zum West-Ost-Transfer nach dem GKV-Finanzkraftstärkungsgesetz – schrittweise der vollständige gesamtdeutsche Risikostrukturausgleich eingeführt, indem die bislang nach Rechtskreisen getrennt ermittelten Risikoprofile stufenweise dem gesamtdeutschen Profil angepasst werden.

*120* In den Jahren 2000 bis 2002 konzentrierte sich die krankenversicherungsrelevante Gesetzgebung auf die Einzelfragen, für die ein politischer Handlungsbedarf gesehen wurde. So regelte das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser die noch offene Einbindung der DRGs in die Krankenhausfinanzierung, insbesondere die Ein- und Überführungsphase bis zum 31.12.2003. Besondere Beachtung schenkte die Politik dem Arzneimittelsektor. Die Budgetierung für Arznei- und Heilmittel wurde abgeschafft; an ihre Stelle traten Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner. Die Festsetzung von Festbeträgen wurde aus rechtlichen Gründen bis 2003 der Selbstverwaltung entzogen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung übertragen, das eine entsprechende Rechtsverordnung zur Anpassung von Arzneimittelfestbeträgen erließ. Dem ungewöhnlich starken Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel im Jahre 2001 trug ein Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben Rechnung, mit dem Leistungserbringer im Arzneimittelbereich kurzfristig einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Arzneimittelkosten erbringen sollten.

*121* Mit der Binnenstruktur der GKV befassten sich das Gesetz über die Neuregelung der Kassenwahlrechte und das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Letzteres verdient deshalb besondere Aufmerksamkeit, weil es die wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Krankenkassen durch Einführung eines Risikopools zum 01.01.2002, durch die finanzielle Förderung strukturierter Behandlungsprogramme für bestimmte chronisch Kranke und durch eine direkte Morbiditätserfassung im Risikostrukturausgleich ab 2007 verbessern will.



122 Das am 01.07.2001 in Kraft getretene SGB IX brachte auch für die GKV eine Reihe materieller Änderungen, auf die an anderer Stelle eingegangen wird.

123 Da die wirtschaftliche Entwicklung in den Jahren 2001 und 2002 die Einnahmen der Krankenkasse wesentlich schwächer wachsen ließ als die Ausgaben, sah sich der Gesetzgeber genötigt, ein Beitragssatzsicherungsgesetz zu erlassen, das am 01.01.2003 in Kraft trat. Es sollte nicht nur das Beitragssatzniveau stabilisieren, sondern vor allem den Krankenkassen den finanziellen Spielraum für notwendige strukturelle Reformmaßnahmen verschaffen. Dass eine solche grundlegende Gesundheitsreform für die 15. Legislaturperiode angestrebt werde, haben alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien angekündigt.

### **GKV-Modernisierungsgesetz**

124 Die am 22.09.2002 wiedergewählte Koalition hatte sich in ihrer Koalitionsvereinbarung darauf verständigt, eine weitere umfangreiche Strukturreform vorzubereiten. Mit dieser sollten nicht nur die Maßnahmen zur Stabilisierung der Krankenversicherung fortgesetzt werden. Die Koalition wollte auch strukturelle Entwicklungen, die als Ursache nicht nur für Finanzierungs- sondern auch für Qualitäts- und Versorgungsprobleme gesehen wurden, angehen.

125 Der von der Regierungskoalition im Juni 2003 vorgelegte Gesetzentwurf für ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz sah tiefe Einschnitte in die Versorgungsstrukturen vor, die die Rolle von Haus- und Fachärzten und ihre Beziehungen zu den Krankenkassen auf eine ganz neue Grundlage gestellt hätten. Er wurde im Bundestag nicht zu Ende beraten, weil sich Koalition und Opposition auf ein gemeinsames Reformkonzept verständigten, das in einer zweiwöchigen Klausurtagung in Berlin unter der Leitung des ehemaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer und der Ministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung Ulla Schmidt erarbeitet wurde. Dieses mündete in einem gemeinsamen Gesetzentwurf, das nun so genannte GKV-Modernisierungsgesetz, das im Bundestag von allen Fraktionen außer der FDP unterstützt wurde und den Bundesrat ohne wesentliche Änderungen sowie ohne Einschaltung des Vermittlungsausschusses passierte. Es trat in seinen wesentlichen Teilen am 01.01.2004 in Kraft. Eine Reihe von Regelungen wird aber erst später wirksam werden.

126 Zentrales Ziel dieser Stufe der Gesundheitsreform ist es, durch strukturelle Reformen Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Gleichzeitig sollen alle Beteiligten maßvoll in Sparmaßnahmen einbezogen werden. Hierzu gehört nach den gemeinsamen Vorstellungen von Koalition und Opposition auch eine angemessene Beteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten, bei der auf soziale Belange Rücksicht genommen wird. Die Reform will damit einen Beitrag zu einem zielgerichteten Einsatz der Finanzmittel leisten, deutliche Beitragssatzsenkungen möglich machen und zugleich auch weiterhin eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Versicherten gewährleisten.

127 Nach den Vorstellungen des fraktionenübergreifenden Entwurfs sollte die GKV im Jahr 2004 bereits 9,8 Mrd. Euro einsparen, wovon man sich eine Absenkung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes auf 13,6% in diesem Jahr versprach. Das finanzielle Entlastungsvolumen soll 2007 unter Berücksichtigung der Umfinanzierung bei Zahnersatz und Krankengeld auf ca 23 Mrd. Euro ansteigen, was dann den Beitragssatz auf 12,15 v. H. senken könnte.

128 Die wesentlichen Veränderungen des GMG wirken sich in acht Bereichen aus:

- Zu den Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität zählen vor allem die Einrichtung eines so genannten „Patientenbeauftragten“ sowie die Einräumung von Mitberatungsrechten für Patienten- und Behindertenverbände bei Entscheidungen, die die Versorgung betreffen.
- Eine wichtige Rolle spielen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, insbesondere die Errichtung eines von der GKV-Selbstverwaltung getragenen, aber unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die Einführung einer Fortbildungspflicht für alle Ärzte und sonstigen Gesundheitsberufe.
- Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen will vor allem die Grenzen der einzelnen Sektoren überwinden. Die integrierte Versorgung wird erleichtert, Krankenhäuser werden in einem bestimmten Umfang für die ambulante Versorgung geöffnet, medizinische Versorgungszentren werden zugelassen, in denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufen stattfinden soll.

- Die bisher geltende Gesamtvergütung wird ab 2007 durch so genannte Regelleistungsvolumina ersetzt, die morbiditätsorientiert angepasst und verteilt werden sollen.
- Die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln wird neu geordnet. Wichtigste Maßnahmen dabei sind die Modifikation der Festbetragsregelung, der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV und eine grundlegende Umgestaltung der Arzneimittelpreisverordnung.
- Außerdem sind Veränderungen im Mitgliedschafts- und Organisationsrecht bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen. Die Bundesausschüsse und der Koordinierungsausschuss werden in einem Gemeinsamen Bundesausschuss zusammengefasst.
- Die besonders umstrittene Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz wird ab 2005 befundbezogene Festzuschüsse vorsehen, die zu einem für alle Versicherten einheitlichen Beitrag als obligatorische Satzungsleistung von jeder Krankenkasse angeboten werden sollen.
- Die Finanzierung der GKV wird durch spürbare Einschnitte im Leistungskatalog neu geordnet. Sie betreffen Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation, Sehhilfen, Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und Leistungen für Taxi- und Mietwagenfahrten. Ab 2006 wird das Krankengeld nur noch von den Mitgliedern durch einen zusätzlichen Beitrag finanziert. Bei allen Leistungen wird künftig eine prozentuale Zuzahlung von 10 v. H. erhoben. Die Härtefallregelungen bei Zuzahlungen werden so geändert, dass es keine absolute Befreiung mehr gibt. Neuartig ist, dass die Tabaksteuer stufenweise erhöht wird und die daraus dem Bund zufließenden Mittel der GKV zugeführt werden.

*129* Die Umsetzung des GMG im Jahr 2004 führte trotz beachtlicher Mehreinnahmen und Minder Ausgaben der GKV in Höhe von rd. 9,5 Mrd. Euro noch nicht zu der von der Politik erwarteten spürbaren Absenkung der Beitragssätze, da der Abbau der Verschuldung der Krankenkassen mehr Mittel in Anspruch nahm als vorgesehen. Die umstrittene Neuordnung der Versicherung für Zahnersatz wurde wegen enormer Umsetzungsprobleme modifiziert.

Der obligatorische feste Zusatzbeitrag wurde durch einen entgeltbezogenen prozentualen Zusatzbeitrag ersetzt. Er wird zusammen mit dem ebenfalls vom Versicherten allein zu finanzierenden Zusatzbeitrag für das Krankengeld ab 01.07.2005 in Höhe von 0,9% erhoben. Außerdem wurde im Rahmen des 2. Fallpauschalengesetzes die Konvergenzphase zur Anpassung des bisher krankenhausindividuellen Preisniveaus an das neue landeseinheitliche DRG-Fallpauschalensystem von 2007 auf 2009 verlängert. Ferner wurden eine Reihe weiterer Regelungen getroffen, die den Krankenhäusern den Übergang in das neue Vergütungssystem erleichtern sollen. Das Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen konkretisierte Maßnahmen zu der im GMG beschlossenen Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte und legte Näheres zur Finanzierung der Telematik-Infrastruktur fest.

*130* Die aus der Bundestagswahl im Herbst 2005 hervorgegangene Koalition aus CDU/CSU und SPD hat in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005 deutlich gemacht, dass sie ein leistungsfähiges und demografiefestes Gesundheitswesen mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sichern sowie eine solidarische und bedarfsgerechte Finanzierung gewährleisten will. Die Koalition will zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung ein Konzept verwirklichen, das auf den unterschiedlichen Lösungsansätzen einer „Solidarischen Gesundheitsprämie“ (CDU und CSU) und einer „Bürgerversicherung“ (SPD) aufbaut. Außerdem will sie das Gesundheitswesen stärker wettbewerbsfähig und freiheitlich ausrichten sowie strukturelle Reformen in einzelnen Leistungsbereichen durchführen, z. B. bei der Arzneimittelversorgung.

### **Finanzentwicklung seit Ende der 90er Jahre**

*131* In den Jahren 1999 bis 2000 kam es in der GKV zunächst noch nicht zu einer defizitären Finanzentwicklung. Im Jahr 1999 wurde ein Überschuss von 0,3 Mrd. Euro, im Jahr 2000 ein ausgeglichenes Finanzergebnis erzielt. In den Jahren 2001 und 2002 gab es aufgrund überproportionaler Ausgabenzuwächse in einzelnen Leistungsbereichen insbesondere im Arzneimittelbereich, sowie vor allem aufgrund niedriger Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen Defizite von jeweils ca. 3 Mrd. Euro. Im Jahr 2003 stieg das Defizit auf rd. 3,5 Mrd. Euro, zum Teil auch aufgrund von erheblichen Ausgabensteigerungen durch „Vorzieheffekte“ bei Arzneimitteln,

Brillen und anderen Hilfsmitteln kurz vor Inkraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes. Die defizitäre Finanzentwicklung der Jahre 2001 bis 2003 führte dazu, dass der größte Teil der Krankenkassen eine zum Teil erhebliche Verschuldung aufgebaut hatte, während nur eine Minderheit der Kassen noch über Finanzreserven verfügte. Der saldierte Gesamtschuldenstand der GKV stieg bis zum 31.12.2003 auf rd. 6 Mrd. Euro.

Der durchschnittliche Beitragssatz blieb in den Jahren 1998 bis 2001 bundesweit zunächst stabil bei einem Niveau von 13,6 v. H. Als Folge der Defizite der Jahre 2001 und 2002 gab es einen Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes auf 14 v. H. in 2002 und 14,3 v. H. 2003.

### **Finanzentwicklung nach In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes**

*132* Im Jahr 2004 hat die GKV aufgrund der Einsparungen des GKV-Modernisierungsgesetzes erstmals wieder einen deutlichen Überschuss von 4 Mrd. Euro erzielt. Damit konnte der saldierte Gesamtschuldenstand der GKV bis zum Jahresende 2004 bereits auf rd. 1,8 Mrd. Euro reduziert werden. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen gingen im Vergleich zum Vorjahr je Mitglied um rd. 3,3 v. H. zurück; gleichzeitig erhöhten sich die beitragspflichtigen Einnahmen um 1,3 v. H.

*133* Durch die Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes wurde die GKV im Jahr 2004 in einer Größenordnung von rd. 9 bis 10 Mio. Euro finanziell entlastet. In 2004 sind vor allem die Ausgaben für Arzneimittel, die in den Vorjahren deutlich überproportional angestiegen waren, in fast zweistelliger Größenordnung zurückgegangen. Deutliche Ausgabenrückgänge gab es auch bei weiteren ärztlich veranlassten Leistungen wie Heil- und Hilfsmitteln sowie bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung, bei denen die Krankenkassen durch die erstmalige Erhebung einer Praxisgebühr von 10 Euro je Quartal finanziell entlastet wurden. Daneben gab es wie bereits in den Vorjahren erhebliche Rückgänge bei den Ausgaben für Krankengeld, die einhergingen mit dem niedrigsten Krankenstand seit Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

*134* Auf der Einnahmeseite wurden die Krankenkassen ab 2004 vor allem durch die Erhebung des vollen anstelle des hälftigen Beitragssatzes für Versorgungsbezüge finanziell in einer Größenordnung von rd. 2

Mrd. Euro entlastet. Ohne diesen Finanzierungseffekt hätte es auch in 2004 keinen Zuwachs bei den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen gegeben. Auch durch den erstmalig gewährten pauschalen Bundeszuschuss zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wurden die Finanzgrundlagen der GKV gestärkt. Der Zuschuss, der den Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich jeweils in zwei Tranchen zum 1. Mai und zum 1. November zufließt, beträgt in 2004 1 Mrd. Euro, in 2005 2,5 Mrd. Euro und in 2006 jährlich 4,2 Mrd. Euro. Nach den Bundestagswahlen 2005 hat die neue Bundesregierung beschlossen, diesen Bundeszuschuss in 2007 wieder auf 1,5 Mrd. Euro zu reduzieren und ab 2008 vollständig abzubauen.

*135* Auch im Jahr 2005 erzielte die GKV nach den vorläufigen Finanzergebnissen erneut Überschüsse in einer Größenordnung von rd. 1,8 Mrd. Euro; die saldierte Verschuldung der GKV konnte damit vollständig abgebaut werden, auch wenn für eine Reihe von Krankenkassen noch erheblicher finanzieller Konsolidierungsbedarf besteht. Der Überschuss wäre noch deutlich höher ausgefallen, wären nicht die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen um rd. 3 1/2 Mrd. Euro und damit in einer noch nie gekannten Größenordnung gestiegen; für den Gesetzgeber nach der Bundestagswahl ein Anlass mit kurzfristigen wirksamen Ausgaben begrenzenden Maßnahmen erneut steuernd in das System der Arzneimittelversorgung einzugreifen. Zu deutlichen Einbrüchen kam es 2005 bei den Ausgaben für Zahnersatz, die im Vorjahresvergleich um rd. 1/3 zurückgingen. Insgesamt stiegen die Leistungsausgaben der Krankenkassen im Jahr 2005 je Mitglied um 3,3 v. H., während es bei den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied einen Anstieg von 0,9 v. H. gab.

*136* Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz konnte seit Ende 2003 im Laufe des Jahres 2004 wieder von 14,3 auf 14,2 v. H. reduziert werden. Für Kassen mit rd. der Hälfte aller Versicherten gab es – wenn auch zum Teil nur in geringem Ausmaß – Beitragssatzsenkungen. Zum 01.07.2005 wurden zeitgleich mit der Erhebung eines mitgliederbezogenen Zusatzbeitragssatzes von 0,9 v. H. der allgemeine Beitragssatz und die übrigen Beitragsätze der Krankenkassen gesetzlich im gleichen Umfang abgesenkt. Hierdurch ergeben sich für Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger auf ein Gesamtjahr bezogen eine finanzielle Entlastung in einer Größenordnung von rd. 4,5 Mrd. Euro, dem eine entsprechende Belastung

der Mitglieder der Krankenkassen (einschließlich der Rentner) gegenübersteht. Der aktuelle durchschnittliche allgemeine Beitragssatz (ohne den mitgliederbezogenen Zusatzbeitrag) liegt Anfang 2006 demnach bei 13,3 v. H. und entspricht damit in etwa dem Vorjahresniveau, auch wenn es bei Kassen mit rd. 10 v. H. der Versicherten zum Jahreswechsel 2005/2006 zu Beitragssatzanhebungen kam.

*137* In einer nach Rechtskreisen getrennten Betrachtung fällt auf, dass der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz mittlerweile um 0,3 bis 0,4 Beitragssatzpunkte unter dem Beitragssatzniveau in den alten Bundesländern liegt.

Bei einer Differenzierung nach den größeren Kassenarten hat sich der Abstand bei den aktuell erhobenen Beitragssätzen inzwischen deutlich verringert. Dabei liegt das Niveau bei den Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen etwas unterhalb des Niveaus der Allgemeinen Ortskrankenkassen und Ersatzkassen. Gleichwohl existierten auf der Ebene der Einzelkassen immer noch beachtliche Beitragssatzunterschiede mit einer Spanne zwischen 11,9 v. H. und 14,8 v. H. bei geöffneten gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Angleichung des Beitragssatzniveaus bei den Kassenarten hat sich auch die Mitgliederentwicklung innerhalb der GKV mittlerweile deutlich stabilisiert. Bis 2003 war sie neben überproportionalen Zuwächsen bei den Betriebskrankenkassen auch durch deutliche Mitgliederabgänge bei vielen großen „Versorgerkassen“ aus dem Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen und Ersatzkassen gekennzeichnet.

## Ausblick auf die GKV im 21. Jahrhundert

*138* Die sozialen Sicherungssysteme müssen weiterentwickelt und modernisiert werden. Im Falle einer Krankheit werden die Menschen in Deutschland auf einem hohen Versorgungsniveau behandelt. Um diesen Versorgungsstand zu erhalten und weiterzuentwickeln, bedarf es jedoch auch weiterhin besonderer Anstrengungen, die vorhandenen Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung zielorientierter und effizienter einzusetzen.

*139* Langfristig werden deshalb weitere Weichenstellungen zur nachhaltigen Finanzierung der GKV erfolgen müssen. Die Parteien haben hierzu unterschiedliche Modelle entwickelt: Dies ist einerseits das von der SPD favorisierte Modell einer „Bürger-

versicherung“, die die gesamte Bevölkerung umfasst; andererseits das von der CDU / CSU vorgeschlagene Modell einer „solidarischen Gesundheitsprämie“, das im Kern den Umstieg vom bislang beitragsfinanzierten zu einem einkommensunabhängigen Prämiensystem vorsieht. In ihrer Koalitionsvereinbarung haben sich CDU/CSU und SPD mit Hinweis darauf, dass sich diese Modelle nicht ohne weiteres vereinbaren lassen, darauf verständigt, im Laufe des Jahres 2006 ein gemeinsames Konzept zu entwickeln, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert. Bei der Erarbeitung des Konzepts werden Erfahrungen anderer Länder sowie wissenschaftliche Konzepte geprüft werden.

*140* Bei der Modernisierung des Gesundheitssystems wird eine weitere wettbewerbliche Ausrichtung zur Effizienzsteigerung des Systems sowie die Schaffung eines fairen Wettbewerbs zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel des Erhalts eines pluralen Systems und der Kassenvielfalt von zentraler Bedeutung sein. Ferner soll sichergestellt werden, dass künftig niemand mehr ohne Versicherungsschutz bleibt und solchen Versicherten, die ihren Schutz verloren haben, eine Rückkehrmöglichkeit zur jeweiligen Versicherung angeboten wird.

## Versicherter Personenkreis

*141* Die als reine Arbeiterversicherung gegründete GKV ist im Laufe ihres über 100jährigen Bestehens auf immer weitere Personenkreise ausgedehnt worden, so dass ihr jetzt rd. 88% der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland angehören. Sie ist damit zum wichtigsten Schutz bei Krankheit sowie auch bei Mutterschaft geworden. Andere Sicherungsformen wie die private Krankenversicherung, die freie Heilfürsorge, die Kriegsopferversorgung oder die Krankenhilfe im Rahmen der Sozialhilfe treten demgegenüber in ihrer Bedeutung für die Absicherung im Krankheitsfall zurück.

*142* Personen können der GKV als Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte oder Familienversicherte angehören. Die Voraussetzungen für diese drei Versicherungsformen sind im Gesetz festgelegt.

## Versicherungspflicht

*143* Kraft Gesetzes, also unabhängig vom Willen des Betroffenen versicherungspflichtig sind

- Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
- Arbeitslose,
- land- und forstwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen,
- Künstler und Publizisten,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen sowie Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation,
- behinderte Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen, Blindenwerkstätten, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind,
- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind sowie Praktikanten und Auszubildende des zweiten Bildungsweges und
- Rentner und Rentenantragsteller.

*144* Wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist (ausgenommen Landwirte und Künstler), wird auch bei der Erfüllung der an sich zur Versicherungspflicht führenden Voraussetzungen, z. B. in einer Nebenbeschäftigung, nicht kraft Gesetzes versichert.

*145* Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeitnehmer gelten auch Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn diese Leistung mindestens 65% des zuvor erzielten Bruttoarbeitsentgelts beträgt.

*146* Arbeitslose sind pflichtversichert, wenn sie Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II erhalten. Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II tritt allerdings zurück, solange eine Familienversicherung besteht.

*147* Studenten unterliegen der Versicherungspflicht nur bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Die Versicherungspflicht als Student (bzw. als Praktikant oder Auszubildender des zweiten Bildungsweges) tritt zurück, solange eine Familienversicherung besteht. Studenten bleiben über die Höchstgrenze hinaus versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung, persönliche oder familiäre Gründe diese Überschreitung rechtfertigen.

*148* Wer eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, ist krankenversicherungspflichtig, wenn er in der Zeit zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und dem Rentenantrag mindestens 90% der zweiten Hälfte des Zeitraums als Mitglied oder als Familienangehöriger eines Mitglieds versichert war. Für die Zeit vor 1989 wird die Zeit der Ehe mit einem Mitglied einer Versicherung gleich gestellt. Bei Hinterbliebenen werden die Vorversicherungszeiten des verstorbenen Familienangehörigen berücksichtigt. Für Aus- und Übersiedler, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen können, gilt eine günstigere Sonderregelung. Der Versicherungspflicht unterliegt auch, wer eine Rente noch nicht bezieht, aber beantragt hat.

*149* Land- und forstwirtschaftliche Unternehmer sind nur dann krankenversicherungspflichtig, wenn ihr Unternehmen eine bestimmte Mindestgröße erreicht und die landwirtschaftliche Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Mitarbeitende Familienangehörige unterliegen ab Vollendung des 15. Lebensjahres der Krankenversicherungspflicht, wenn sie hauptberuflich in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind. Ehemalige Landwirte bleiben auch im Ruhestand versicherungspflichtig, wenn sie eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte beziehen oder bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt haben.

*150* Privat Krankenversicherte, die nach vollendetem 55. Lebensjahr versicherungspflichtig würden, bleiben seit dem 01.07.2000 versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren zu keinem Zeitpunkt gesetzlich krankenversichert und in diesem Zeitraum mindestens zweieinhalb Jahre lang versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbständig erwerbstätig waren. Dies gilt nicht, wenn die Versicherungspflicht auf Grund des Bezugs von Arbeitslosengeld II eintritt. Von dieser Neuregelung der GKV- Gesundheitsreform 2000 werden auch die Ehegatten der Beamten, Selbständigen und versicherungsfreien Arbeitnehmer erfasst, wenn sie nach dem vollendeten 55. Lebensjahr versicherungspflichtig würden und in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren. Die Neuregelung verhindert, dass privat Versicherte durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung kurz vor Ende ihres Berufslebens Zugang zu der im Alter im Vergleich zur privaten Krankenversicherung (PKV) günstigeren GKV bekommen, ohne sich zuvor selbst in ausreichender Weise an der solidarischen Finanzierung der GKV beteiligt zu haben. Zugleich



eröffnet das Gesetz diesem Personenkreis aber die Möglichkeit, innerhalb der PKV bereits ab vollendetem 55. Lebensjahr den von den Versicherern zu günstigen Versicherungsprämien angebotenen Standardtarif zu wählen.

### Versicherungsfreiheit

151 Nicht der Versicherungspflicht unterliegen die Personen, die der Gesetzgeber nicht als schutzbedürftig ansieht oder die bereits anderweitig für den Fall der Krankheit geschützt sind. Dazu gehören insbesondere

- alle Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Diese Grenze ist durch das Beitragssatzsicherungsgesetz mit Wirkung vom 01.01.2003 an über die Anpassung an die allgemeine Einkommensentwicklung hinaus angehoben worden. Sie beträgt im Jahr 2006 47.250 Euro. Lediglich für die Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 versicherungsfrei und privat krankenversichert waren, gilt aus Gründen des Vertrauensschutzes die frühere niedrigere Jahresarbeitsentgeltgrenze weiter; sie beträgt im Jahr 2006 42.750 Euro. Seeleute sind ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsentgelts immer versicherungspflichtig,
- Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche, Lehrer an privaten Ersatzschulen und Personen in beamtenähnlicher Stellung sowie Pensionäre, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben,
- Werkstudenten,
- Mitglieder geistlicher Genossenschaften,
- Personen, die durch das Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften geschützt sind und
- alle Selbständigen mit Ausnahme der Landwirte, Künstler und Publizisten.

152 Versicherungsfrei sind auch Personen, die ausschließlich eine geringfügige Beschäftigung ausüben, es sei denn, sie sind im Rahmen einer betrieblichen Berufsbildung oder eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres beschäftigt; in diesem Fall besteht ohne Rücksicht auf die Höhe der Vergütung immer Versicherungspflicht. Eine geringfügige

Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt regelmäßig 400 Euro im Monat in den alten und neuen Ländern nicht übersteigt. Geringfügigkeit liegt auch vor, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage üblicherweise oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, sofern die Beschäftigung nicht berufsmäßig ausgeübt wird. Die Einnahmen aus mehreren geringfügigen Beschäftigungen werden zusammengerechnet, so dass die Geringfügigkeitsgrenze hierdurch überschritten werden kann. Geringfügige Beschäftigungen mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung sind auch mit versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigungen zusammenzurechnen. Diese zusammengerechneten Nebenbeschäftigungen werden dadurch in der Regel ebenfalls krankenversicherungspflichtig.

### Befreiung von der Versicherungspflicht

153 Einige Personengruppen, die von der Versicherungspflicht erfasst werden, können sich von ihr auf Antrag befreien lassen. Das gilt vor allem für Arbeitslose, Rentner, Rentenantragsteller, Studenten und Praktikanten. Arbeitnehmer, die versicherungspflichtig werden, haben ein Befreiungsrecht nur, wenn die Versicherungspflicht eintritt durch

- Änderungen der Jahresarbeitsentgeltgrenze entsprechend der Einkommensentwicklung,
- Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während des Erziehungsurlaubs oder
- Herabsetzung der vollschichtigen auf eine halbschichtige Beschäftigung; es muss aber seit mindestens fünf Jahren eine Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestanden haben.

154 Der Antrag, der nicht widerrufen werden kann, muss innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse gestellt werden. Wer sich von der Versicherungspflicht hat befreien lassen, bleibt versicherungsfrei, solange er die zur Befreiung führenden Voraussetzungen erfüllt. Er kann weder familienversichert noch durch andere die Versicherungspflicht auslösende Tatbestände versicherungspflichtig werden. Für Landwirte und Künstler gelten Sondervorschriften.

### Freiwillige Versicherung

155 Eine freiwillige Versicherung ist in der Regel nur für Personen möglich, die bereits vorher der GKV



angehört haben. Wer aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheidet, kann sich freiwillig versichern, wenn er unmittelbar vorher ununterbrochen mindestens zwölf Monate oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate versichert war.

156 Außerdem sind zur freiwilligen Versicherung insbesondere berechtigt

- Berufsanfänger, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze sofort versicherungsfrei sind,
- Schwerbehinderte, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren und
- Arbeitnehmer, die innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr aus dem Ausland wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

157 Der freiwillige Beitritt kann nur innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des die Beitrittsberechtigung auslösenden Tatbestands erfolgen.

### Familienversicherung

158 Beitragsfrei familienversichert sind der Ehegatte, der gleichgeschlechtliche eingetragene Lebenspartner und die Kinder eines Mitglieds, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben und ihr Gesamteinkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2006: 350 Euro in den alten Ländern und in den neuen Ländern) nicht überschreitet. Eine Unterhaltspflicht wird nicht gefordert. Wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist oder versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht auf Antrag befreit ist, kann nicht familienversichert werden. Eine Pflicht- oder freiwillige Versicherung geht der Familienversicherung vor (außer bei Beziehern von Arbeitslosengeld II, Studenten, Praktikanten und ihnen gleich gestellten Auszubildenden des zweiten Bildungswegs).

159 Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs familienversichert. Die Altersgrenze erhöht sich auf das 23. Lebensjahr, wenn das Kind nicht erwerbstätig ist, und auf das 25. Lebensjahr, wenn es sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch eine gesetzliche Dienstpflicht (z. B. Wehr- oder Zivil-

dienst) verzögert oder unterbrochen, erhöht sich die Altersgrenze um diesen Zeitraum. Behinderte Kinder sind unter bestimmten Voraussetzungen ohne Altersgrenze familienversichert. Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder.

160 Ist ein Elternteil nicht in der GKV versichert und liegt sein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze, sind seine Kinder nicht familienversichert, solange er mehr verdient als der in der GKV versicherte Ehegatte.

### Versicherung und Mitgliedschaft

161 Wer die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllt oder wer der Krankenkasse freiwillig beiträgt, wird grundsätzlich auch ihr Mitglied und genießt damit Versicherungsschutz. Wer eine Rente beantragt hat, aber die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nicht erfüllt, gilt als Mitglied bis zu dem Zeitpunkt, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

162 Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

- das Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, aber längstens für einen Monat (z. B. bei unbezahlttem Urlaub); bei einem rechtmäßigen Arbeitskampf besteht die Mitgliedschaft bis zu dessen Ende,
- Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen wird,
- während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder
- Grundwehrdienst oder Zivildienst geleistet wird.

163 Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds oder dem Wegfall der die Versicherungspflicht auslösenden Voraussetzungen (z. B. Ende des Beschäftigungsverhältnisses). Bei Studenten endet die Mitgliedschaft einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

164 Wer wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze aus der Versicherungspflicht ausscheidet, bleibt freiwilliges Mitglied, wenn er nicht ausdrücklich seinen Austritt aus der GKV erklärt. Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit Beginn

einer Pflichtmitgliedschaft, nach zweimonatiger Beitragssäumnis oder durch Erklärung des Austritts (Kündigung). Beim Austritt endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des auf den Tag der Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats, sofern die Satzung der Krankenkasse nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt.

## Finanzierung durch Krankenversicherungsbeiträge

### Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben

165 Die Mittel der GKV werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die zur Erfüllung ihrer Aufgaben voraussichtlich erforderlichen Ausgaben und die zu erwartenden Einnahmen haben die Krankenkassen für jedes Kalenderjahr im Haushaltsplan zusammenzustellen. Die Beiträge der Krankenkassen sind so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltspan vorgesehenen Ausgaben und - sofern erforderlich - die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Mittel der Krankenkassen zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, sind die Beiträge zwingend zu erhöhen. Die Vermeidung von Beitragssatzänderungen durch Aufnahme von Krediten ist mangels gesetzlicher Grundlage dafür nicht zulässig.

166 Abweichend von diesem Grundsatz konnten im Bereich der Krankenkassen-Ost befristet bis zum 31.12.1998 Beitragserhöhungen durch Darlehensaufwendungen vermieden werden. Voraussetzungen dafür waren

- die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde,
- die Vorlage eines auf fünf Jahre befristeten Sanierungskonzepts
- sowie die Vorlage eines auf längstens zehn Jahre befristeten Entschuldungskonzepts.

167 Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist zum 1. Januar 2004 geregelt worden, dass alle Krankenkassen, also nicht nur die Krankenkassen-Ost, die ohne gesetzliche Grundlage bis zum 31. Dezember 2003 Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, die Verschuldung jährlich zu mindestens einem Viertel bis zum 31. Dezember 2007 abzubauen haben.

Daneben sieht der neue § 222 Abs. 5 SGB V das ausdrückliche Verbot der Aufnahme von Darlehen nach dem 31. Dezember 2003 vor.

168 Übersteigen die Einnahmen der Krankenkassen die Ausgaben und ist das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht, können die Beiträge durch Änderungen der Satzung ermäßigt werden. Auch die zuständigen Aufsichtsbehörden müssen darauf achten, dass die Krankenkassen keine unzulässigen Finanzpolster anlegen. In erster Linie ist aber die Selbstverwaltung gefordert, mögliche Spielräume für niedrigere Beitragssätze konsequent und auch zeitnah zu nutzen. Das Gesetz geht zwar davon aus, dass Beitragssätze grundsätzlich nur in jährlichen Abständen verändert werden sollen, auch um den Arbeitgebern häufige Abrechnungsänderungen zu ersparen. Änderungen im laufenden Jahr sind aber möglich.

169 Im Gegensatz zu den Trägern der Rentenversicherung erhalten die Krankenkassen vergleichsweise geringe Zuschüsse aus Steuermitteln des Bundes. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist zum 01.01.2004 § 221 SGB V eingeführt worden. Der Bund leistet nach dieser Vorschrift zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2004 1 Mrd. Euro, für das Jahr 2005 2,5 Mrd. Euro und ab dem Jahr 2006 jeweils 4,2 Mrd. Euro pro Kalenderjahr über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen. Durch eine Rechtsverordnung wird die Verteilung der pauschalen Bundesmittel auf die einzelnen Krankenkassen geregelt. Neben dieser pauschalen Abgeltung des Bundes für versicherungsfremde Leistungen werden Zuschüsse für die Altenteiler in der Landwirtschaft erbracht. So weit deren Leistungsaufwendungen nicht durch Beiträge der Altenteiler gedeckt werden, werden sie vom Bund getragen.

### Grundprinzipien des Beitragsrechts

170 Die Versichertengemeinschaft der GKV ist eine Solidargemeinschaft, bei der sich jeder Versicherte entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligt. Die Beiträge werden deshalb - unabhängig vom Versicherungsrisiko und der Zahl der mitversicherten Angehörigen - prozentual nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erhoben. Dieser Grundsatz bewahrt Versicherte, die wegen ihres gesundheitlichen Risikos oder ihrer Familiensituation hohe Leistungen in Anspruch nehmen

müssen, davor, dass sie höhere Beiträge zu zahlen haben als Versicherte mit gleichen Einkünften und geringerem Versicherungsrisiko. Anders als in der privaten Krankenversicherung spielen deshalb die individuellen Krankheitsrisiken, das Geschlecht und die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen für die Höhe des individuellen Beitrags keine Rolle.

### Beitragsbemessungsgrenze

171 Der Beitragsbemessung werden die Bruttoeinnahmen des Mitglieds zugrunde gelegt, jedoch nur bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V), die jährlich angepasst wird. Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV entspricht der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (Versicherungspflichtgrenze). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze wird jährlich in Abhängigkeit der für die gesetzliche Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze, die nach § 160 des SGB VI von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt wird, angepasst. Sie verändert sich entsprechend der Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten. Basis der Berechnung sind die Daten des Statistischen Bundesamtes. Bis zum 31.12.2002 war die Versicherungspflichtgrenze der GKV zugleich auch die Beitragsbemessungsgrenze. Sie betrug 75% der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung. Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung angehoben worden. Die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung sollte hingegen nicht erhöht werden, so dass das Gesetz auch eine Folgeregelung für die GKV enthielt. Seit dem 01.01.2003 existiert neben der ebenfalls erhöhten Versicherungspflichtgrenze der GKV auch eine geringere Versicherungspflichtgrenze für bestimmte Altfälle. Dieser Wert ist zugleich die Beitragsbemessungsgrenze für alle Versicherten der GKV.

172 In den letzten fünf Jahren hat sich die Beitragsbemessungsgrenze der GKV wie folgt entwickelt:

Zeitraum	kalendertäglich	monatlich	jährlich
2001	217,50 DM	6.525,- DM	78.300,- DM
2002	112,50 EUR	3.375,- EUR	40.500,- EUR
2003	115,- EUR	3.450,- EUR	41.400,- EUR
2004	116,25 EUR	3.487,50 EUR	41.850,- EUR
2005	117,50 EUR	3.525 EUR	42.300,- EUR

173 Auf Grund des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der GKV vom 22.12.1999 gilt seit dem 1. Januar

2001 die Beitragsbemessungsgrenze der alten Länder auch in den neuen Ländern.

Die Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2006 beträgt 118,75 Euro täglich 3.562,50 Euro monatlich und 42.750 Euro jährlich.

### Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Beschäftigter

174 Die §§ 226-240 SGB V regeln, welche Einnahmen beitragspflichtig sind. Bei versicherungspflichtig Beschäftigten wird in erster Linie das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen zählen auch:

- der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
- das Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, so weit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich.

175 Bei der Beitragsfestsetzung ist grundsätzlich - wie bereits auch mehrfach vom Bundessozialgericht entschieden - von den Bruttoeinnahmen des Mitglieds auszugehen. Von dem Bruttobetrag der Einnahmen können die gesetzlichen Abzüge sowie sonstige Verpflichtungen des Mitglieds, wie z. B. Unterhaltszahlungen an geschiedene Ehegatten, nicht abgesetzt werden; das gilt auch für andere Verpflichtungen des Mitglieds, wie z. B. Mieten und Bauspar- oder Lebensversicherungsprämien.

### Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

#### Rente und Arbeitsentgelt

176 In der GKV hat auch jeder Rentenbezieher Beiträge zu entrichten, die seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entsprechen. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Rentner wird nicht nur durch ihre Rente, sondern auch durch ein im Rahmen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses erzielt Arbeitsentgelt bestimmt. Deshalb wird bei der Beitragsberechnung nicht nur die Rente, sondern auch ein neben der Rente erzielt Arbeits-

entgelt berücksichtigt, wenn dieses Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze (seit dem 01.04.2003: 400 Euro) übersteigt und dadurch Versicherungspflicht ausgelöst wird. Die aus dem Arbeitsentgelt zu zahlenden Beiträge sind nicht auf die Beiträge aus der Rente anzurechnen, die Beitragsbemessungsgrenze gilt jeweils für beide Einnahmearten getrennt. Bei beschäftigten Rentnern, deren Arbeitsentgelt zusammen mit der Rente die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, führt die Beitragsberechnung aus Rente und Arbeitsentgelt zu einer höheren Belastung als bei den übrigen Versicherten der GKV. Deshalb haben diese Versicherten die Möglichkeit, einen Antrag auf Beitragserstattung bei ihrer Krankenkasse zu stellen. Es wird nur der Betrag erstattet, mit dem der Rentner über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus tatsächlich selbst belastet worden ist.

#### **Eigene Rente und Witwen-/Witwerrente**

177 Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird nicht nur durch eine selbst erworbene Rente, sondern auch durch eine Witwenrente bestimmt. Deswegen müssen aus beiden Rentenleistungen Beiträge gezahlt werden. Dabei handelt es sich nicht um eine „doppelte Heranziehung“ zu einem Krankenkassenbeitrag. Vielmehr würde es dem Gebot der Beitragsgerechtigkeit widersprechen, eine Rentnerin, die z. B. nur eine selbst erworbene Rente von 700 Euro bezieht, mit einem Prozentsatz des Rentenzahlbetrages an der Finanzierung ihrer Krankenversicherung zu beteiligen, andererseits jedoch eine Rentnerin, die eine selbst erworbene Rente von 400 Euro und zusätzlich eine Witwenrente von 300 Euro erhält (also ebenfalls über 700 Euro verfügt), nur aus der selbst erworbenen Rente von 400 Euro an den Aufwendungen für ihre Krankenversicherung zu beteiligen. Dies gilt entsprechend für Witwerrenten.

#### **Rente und Versorgungsbezüge**

178 Neben den Beiträgen aus der Rente sind auch Beiträge aus Alterseinnahmen, die auf das frühere Beschäftigungsverhältnis zurückzuführen sind (Versorgungsbezüge), zu entrichten. Die Einbeziehung der Versorgungsbezüge in die Beitragsbemessung durch das Renten Anpassungsgesetz 1982 ab 01.01.1983 hat mehr Beitragsgerechtigkeit unter den Beziehern von Altersbezügen geschaffen. Es war nicht hinzunehmen, dass z. B. ein Rentner, der eine gesetzliche Rente in Höhe von 900 Euro bezieht, Beiträge aus dieser Rente zu zahlen hatte, während ein Rentner, der eine gesetzliche Rente in

Höhe von 400 Euro und daneben eine Pension in Höhe von 500 Euro bezieht, Beiträge nur aus der gesetzlichen Rente in Höhe von 400 Euro zu leisten hatte. Die Einbeziehung der Versorgungsbezüge trägt damit der Tatsache Rechnung, dass aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Personen ihren Lebensunterhalt vielfach nicht nur aus der gesetzlichen Rente bestreiten.

#### **Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder**

179 Für freiwillig Krankenversicherte wird nach § 240 Abs. 1 SGB V die Beitragsbemessung durch die Satzung der Krankenkasse geregelt. Der Gestaltungsspielraum der Krankenkassen wird allerdings insoweit begrenzt, als die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen muss. Der Begriff der „gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit“ umfasst im Grunde alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung.

180 Hierzu zählt auch das aus einer geringfügig entlohnten und nicht zur Versicherungspflicht führenden Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt (monatlich bis zu 400 Euro). An dieser beitragsrechtlichen Behandlung der freiwillig versicherten Mitglieder ist auch durch das Gesetz zur Neuordnung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse keine Änderung eingetreten.

181 Der Arbeitgeber hat gemäß § 249b SGB V für gesetzlich Versicherte, die in der geringfügig entlohnten Beschäftigung versicherungsfrei sind, aus arbeitsmarktpolitischen Gründen einen pauschalen Krankenversicherungsbeitrag von 11% des Arbeitsentgeltes aus dieser Beschäftigung zu tragen. Bis zum 31.03.2003 waren 10% des Arbeitsentgeltes aus dieser Beschäftigung als Pauschalbeitrag zu entrichten. Für ausschließlich in Privathaushalten geringfügig Beschäftigte ist seit dem 01.04.2003 nur noch ein Pauschalbeitrag in Höhe von 5% zu entrichten. Die für die Beitragseinstufung relevante gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitgliedes wird hierdurch jedoch nicht beeinträchtigt, so dass der Pauschalbeitrag bei der Höhe der vom freiwillig Versicherten zu zahlenden Beiträge nicht berücksichtigt werden kann.

182 Wenn der Pauschalbeitrag auf die Beiträge des Versicherten angerechnet würde, wäre dies im Übr-

gen mit erheblichen Ungleichbehandlungen der Betroffenen verbunden, wie folgendes Beispiel zeigt:

**Beispiel:**

Zwei freiwillig versicherte Rentner haben neben ihrer gleich hohen Rente jeweils Zusatzeinnahmen in Höhe von 200 Euro; der eine aus einer geringfügigen Beschäftigung, der andere in Form anderer beitragspflichtiger Einnahmen. Bei Anrechnung des Pauschalbetrages müsste der geringfügig beschäftigte Rentner weniger Beiträge zahlen als der andere Rentner - und das bei gleicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit.

Die bestehende Regelung ist somit nicht als unbeabsichtigte Folge der Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse eingetreten. Dabei handelt es sich auch nicht um eine doppelte Berücksichtigung desselben Einkommens. Denn es war gerade Sinn und Zweck dieser Regelung, den Krankenkassen durch Ablösung der früheren Pauschalversteuerung Mehreinnahmen zur Finanzierung der durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz geschaffenen neuen Ausgaben zur Verfügung zu stellen.

Das Bundessozialgericht hat jedoch am 16. Dezember 2003 entschieden, dass bei freiwillig Versicherten das Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung dann nicht beitragspflichtig ist, wenn der Arbeitgeber gemäß § 249 b SGB V pauschale Beiträge entrichtet hat. Ob und inwieweit dieses Urteil allgemeinverbindlich angewendet werden wird bleibt abzuwarten.

183 Zu den Einnahmen die die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmen, gehören auch Leistungen, die ein Mitglied als Unterhalt von dem geschiedenen Ehegatten erhält.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist es ferner zulässig, bei der Einstufung eines freiwillig versicherten Mitgliedes die Einnahmen des bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Ehegatten zur Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze unter Abzug von Kinderfreibeträgen zu berücksichtigen, weil insoweit eine Unterhaltspflicht besteht.

Ein freiwilliges nicht erwerbstätiges Mitglied ohne eigenes Einkommen, das sich vor Bezug von Erziehungsgeld das Einkommen des nicht in der GKV versicherten Ehegatten bei der Beitragsberechnung anteilig hatte zurechnen lassen müssen, hat die Bei-

träge hieraus auch bei Bezug von Erziehungsgeld weiter zu entrichten. Das Einkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten ist auch dann anteilig anzurechnen, wenn bei freiwillig Versicherten eigene beitragspflichtige Einnahmen während des Erziehungsgeldbezuges wegfallen.

**Allgemeine Mindestbemessungsgrundlage**

184 Die GKV gewährleistet für alle Versicherten unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge den gleichen umfassenden Versicherungsschutz. Niedrige Beiträge können aber nicht kostendeckend sein; der Versicherungsschutz muss in solchen Fällen also immer von der Gemeinschaft aller Beitragszahler solidarisch mitgetragen werden. Diese Solidarität hat aber dort ihre Grenzen, wo es sich nicht um pflichtversicherte Personengruppen handelt, sondern um Mitglieder, die über Beginn und Ende ihrer Versicherung frei entscheiden können und daher nicht von vornherein als schutzbedürftig angesehen werden. Freiwillig Versicherte haben für den umfassenden Versicherungsschutz angemessene Beiträge zu entrichten. Nach § 240 Abs. 4 SGB V ist deshalb die Erhebung eines Mindestbeitrages für Personen, die über kein oder nur ein geringes Einkommen verfügen, vorgeschrieben. Für die Ermittlung des Mindestbeitrages wird der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße (die Bezugsgröße beträgt 2006: 2.450 Euro) als kalendertägliche beitragspflichtige Einnahme zu Grunde gelegt. Der Mindestbeitrag beträgt daher je nach dem Beitragssatz der Krankenkasse etwa 105 Euro bis 125 Euro monatlich.

**Beitragspflichtige Einnahmen der Selbständigen**

**Grundsätze**

185 Die GKV ist in erster Linie eine Solidargemeinschaft für Arbeitnehmer. Dieser Tatsache hat der Gesetzgeber mit der Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises und der Streichung des Beitrittsrechts für hauptberuflich selbständig Tätige durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 Rechnung getragen. Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass Selbständige grundsätzlich nicht des Schutzes der Solidargemeinschaft bedürfen, sondern in eigener Verantwortung



Daseinsvorsorge treffen können. Wer allerdings unmittelbar vor Aufnahme der selbständigen Tätigkeit in der GKV versichert war, kann diese Versicherung freiwillig fortsetzen. Die Einnahmen der Selbständigen werden ebenso wie die Einnahmen der anderen freiwillig Versicherten und der Pflichtversicherten nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Im Übrigen bleibt die Beitragsgestaltung in der Hand der einzelnen Krankenkasse. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde.

*186* Da die GKV vor allem auf den Schutz pflichtversicherter Arbeitnehmer und nicht primär auf den Schutz Selbständiger ausgerichtet ist, hat das Gesundheitsstrukturgesetz besondere Mindestbemessungsgrundlagen für Selbständige geschaffen. Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige ist seit dem 01.01.1993 deshalb mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße der Beitragsbemessung zugrunde zu legen. Die monatliche Bezugsgröße wird jährlich entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung erhöht.

*187* Die nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V mindestens der Beitragsbemessung zugrunde zu legenden Einnahmen bei freiwilligen Mitgliedern haben sich in den letzten fünf Jahren wie folgt entwickelt:

2002: kalendertäglich	26,06 EUR	oder	781,67 EUR	im Monat
2003: kalendertäglich	26,44 EUR	oder	793,33 EUR	im Monat
2004: kalendertäglich	26,83 EUR	oder	804,90 EUR	im Monat
2005: kalendertäglich	26,83 EUR	oder	804,90 EUR	im Monat
2006: kalendertäglich	27,22 EUR	oder	816,67 EUR	im Monat

*188* Die Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, hat sich wie folgt entwickelt:

2002: kalendertäglich	58,63 EUR	oder	1.758,75 EUR	im Monat
2003: kalendertäglich	59,50 EUR	oder	1.785,00 EUR	im Monat
2004: kalendertäglich	60,38 EUR	oder	1.811,40 EUR	im Monat
2005: kalendertäglich	60,38 EUR	oder	1.811,40 EUR	im Monat
2006: kalendertäglich	61,25 EUR	oder	1.837,50 EUR	im Monat

*189* Ausschlaggebend für die Festlegung eines Mindestbeitrags für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige waren vor allem mehrere Entscheidungen des Bundessozialgerichts, nach denen die von vielen Krankenkassen in der Satzung festgelegte Mindesteinstufung der Selbständigen über den Mindestbeitrag nach § 240 Abs. 4 SGB V alte Fassung hinaus als unzulässig verworfen worden war. Deshalb hatte

der Gesetzgeber die damaligen Satzungsregelungen gesetzlich verankert und damit auch gleiches Recht für alle Kassenarten geschaffen.

Diese Rechtslage ist auch mehrfach vom Bundessozialgericht, u. a. in seinem Urteil vom 26.09.1996 (AZ: 12 RK 46/95), bestätigt worden. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 22.05.2001 die Mindestbemessungsgrenze für Beiträge hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger, die freiwillige Mitglieder der GKV sind (§ 240 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V), für verfassungsgemäß erklärt. Bei einem Beitragssatz von z. B. 14 v. H. beträgt der Mindestbeitrag für diese Personen 257,25 Euro für einen vollen Kalendermonat.

*190* Für freiwillig versicherte Selbständige, die einen Existenzgründerzuschuss wegen der Gründung einer so genannten „Ich-AG“ erhalten, gilt seit dem 01.01.2003 ein geringerer Mindestbeitrag. Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist dieser Existenzgründerzuschuss für diejenigen Arbeitnehmer eingeführt worden, die durch Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden (§ 421 I SGB III). Der Existenzgründerzuschuss wird bei Vorliegen der Voraussetzungen durch die Arbeitsverwaltung gezahlt. Freiwillig versicherte Mitglieder der GKV, die Anspruch auf diesen Existenzgründerzuschuss haben, werden durch den ebenfalls durch das oben angeführte Gesetz geänderten § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V beitragsrechtlich entlastet. Nunmehr ist für diese Personen ein geringerer Mindestbeitrag zu erheben. Als beitragspflichtige Einnahmen wird bei diesen Versicherten für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft mindestens der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße berücksichtigt. Daraus ergeben sich im Jahr 2006 für einen vollen Monat der Mitgliedschaft beitragspflichtige Mindesteinnahmen von 1.225 Euro. Bei einem Beitragssatz von z. B. 14 % beträgt der Mindestbeitrag unter den oben angeführten Voraussetzungen 171,50 Euro für einen vollen Kalendermonat (Werte für 2006).

Die Mindestbemessungsgrundlage hat sich für freiwillig versicherte Bezieher des Existenzgründerzuschusses seit dessen Einführung wie folgt verändert:

2003: kalendertäglich	39,67 EUR	oder	1.190,10 EUR	im Monat
2004: kalendertäglich	40,25 EUR	oder	1.207,50 EUR	im Monat
2005: kalendertäglich	40,25 EUR	oder	1.207,50 EUR	im Monat
2006: kalendertäglich	40,83 EUR	oder	1.225,00 EUR	im Monat



## Wandergesellen

191 Unter dem Begriff der „Wandergesellen“ sind Handwerksgesellen auf der Wanderschaft zu verstehen. Wandergesellen fallen während der Zeit ihrer Wanderschaft grundsätzlich nicht unter den versicherungspflichtigen Personenkreis der GKV. Lediglich in den Zeiten, in denen sie eine vorübergehende versicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen, werden sie in der GKV pflichtversichert.

Wandergesellen wechseln jedoch häufig die Beschäftigungsverhältnisse. Dies gehört zu den Tatbestandsvoraussetzungen der Wanderschaft. Dadurch ergeben sich Zeiträume zwischen den Beschäftigungsverhältnissen, während derer Wandergesellen in der Regel über keinerlei Einkünfte verfügen. Während dieser Zeit besteht die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV. Freiwillige Mitglieder haben jedoch einen Mindestbeitrag zu entrichten, auch wenn sie über keinerlei Einnahmen verfügen.

192 Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist eine Änderung des § 240 SGB V vorgenommen worden. Mit der Neufassung des § 240 Abs. 4 Satz 4 SGB V wurden die oben angeführten Wandergesellen zum 1. Januar 2004 den Schülern einer Fachschule oder Berufsfachschule gleichgestellt. Für diese Personen gelten seitdem die Vorschriften über die Beitragsbemessung der Studenten und Praktikanten (§§ 236 und 245 Abs. 1 SGB V) einheitlich. Durch die Änderung werden Studenten, Praktikanten, Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule und Wandergesellen in Zeiten, in denen sie keine versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, beitragsrechtlich gleichgestellt. Für diesen Personenkreis gilt nunmehr einheitlich als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag 1/30 des monatlichen BAföG-Bedarfsatzes.

## Anwartschaftsversicherung freiwillig Versicherter

193 Mit der Einführung einer Anwartschaftsversicherung haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch Satzungsbestimmung die Fortsetzung der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter ohne Leistungsanspruch zu einem geringen Beitrag während ihres Auslandsaufenthalts zu ermöglichen. Diese Möglichkeit gilt für Zeiten eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist. Sie gilt auch für Zei-

ten, in denen der Leistungsanspruch für die Zeiten ruht, in denen nach dienstrechtlichen Vorschriften ein Heilfürsorgeanspruch besteht oder in denen Entwicklungsdienst als Entwicklungshelfer geleistet wird. Als beitragspflichtige Einnahme muss die Satzung der Krankenkasse zur Ermittlung des Anwartschaftsbeitrags mindestens 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (2006: 10 v. H. = 245 Euro) zugrunde legen.

## Beitragsfreie Einnahmen / Beitragsfreiheit

### Bezug von Kranken-, Mutterschafts- oder Erziehungsgeld

194 Nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wird die Mitgliedschaft in der GKV während der Elternzeit oder des Bezugs von Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld oder Krankengeld aufrechterhalten. Die verbreitete Annahme, dass während dieser Zeit generell Beitragsfreiheit in der GKV bestehe, entspricht nicht der geltenden Rechtslage. Beitragsfreiheit besteht nur für die pflichtversicherten Mitglieder der GKV, die vor dem Bezug von Erziehungs-, Mutterschafts- und Krankengeld oder vor der Elternzeit beitragspflichtig waren.

195 In § 224 SGB V ist ausdrücklich festgelegt, dass sich die Beitragsfreiheit nur auf die genannten Bezüge erstreckt. Konkret bedeutet dies z. B., dass für das Erziehungsgeld keine Beiträge zu zahlen sind und es sich auch nicht erhöhend auf aus anderen Rechtsgründen bestehende Beitragspflichten auswirkt. Haben Pflichtversicherte während des Anspruchs auf Kranken- oder Mutterschaftsgeld oder während des Bezugs von Erziehungsgeld andere beitragspflichtige Einnahmen, sind hieraus Beiträge zu entrichten.

Diese Rechtslage gilt aber nur für Pflichtversicherte. Freiwillig Versicherte, die die genannten Leistungen beziehen und keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen haben, müssen den Mindestbeitrag nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V zahlen (Rdnr. 174).

196 Beitragsfreien Versicherungsschutz erhalten darüber hinaus alle erwerbslosen oder nur geringfügig beschäftigten Versicherten, deren Ehegatten in der GKV versichert sind und über deren Mitgliedschaft ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung besteht.

## Beitragsatz

197 Die §§ 241 bis 248 unterscheiden neun verschiedene Beitragsätze:

- den allgemeinen Beitragssatz (§ 241),
- den erhöhten Beitragssatz (§ 242),
- den ermäßigten Beitragssatz (§ 243),
- den ermäßigten Beitragssatz für Wehr- oder Zivildienstleistende (§ 244),
- den Beitragssatz für Studenten und Praktikanten (§ 245),
- den Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 246)
- den Beitragssatz aus Renten (§ 247),
- den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (§ 248) sowie
- den zusätzlichen Beitragssatz (§ 241 a).

#### **Allgemeiner, erhöhter und ermäßigter Beitragssatz**

198 Neben der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist die konkrete Beitragsbelastung des einzelnen Versicherten abhängig von der Höhe des Beitragssatzes der einzelnen Krankenkasse. In der GKV werden die Beiträge nach einem Beitragssatz erhoben, der von der einzelnen Krankenkasse in einem Vom-Hundert-Satz der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt wird. Steigende beitragspflichtige Einnahmen führen selbst bei unveränderten Beitragssätzen zu Mehreinnahmen und fangen regelmäßige Kostensteigerungen auf, die größtenteils selbst Folge der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung sind. Der allgemeine Beitragssatz gilt für alle Mitglieder (und zwar für pflichtversicherte und freiwillig versicherte Mitglieder) mit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen.

199 Die ermäßigten und erhöhten Beitragssätze gelten nur für bestimmte Personengruppen. Der erhöhte Beitragssatz gilt für Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen 6-wöchigen Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber ihrem Arbeitgeber haben. Der ermäßigte Beitragssatz gilt grundsätzlich für Versicherte, die keinen oder einen eingeschränkten Krankengeldanspruch haben, allerdings nicht für Rentner. Weil die Beiträge der pflichtversicherten Rentner die Leistungsausgaben für sie nur zu etwa 40 v. H. decken, muss der Rest dieser Ausgaben durch die Beiträge der aktiven Versicherten gedeckt werden. Damit diese Last nicht noch größer wird,

gilt auf Grund einer Sonderregelung für pflichtversicherte Rentner nicht der ermäßigte, sondern der allgemeine Beitragssatz. Entsprechendes gilt seit dem 01.01.2004 auch für die Beitragsbemessung aus Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen bei freiwillig versicherten Rentnern.

#### **Beitragssatz für Studenten und Praktikanten**

200 Für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten sowie freiwillig versicherte Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind, sowie für Auszubildende des zweiten Bildungswegs, sofern sie sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil der Ausbildung befinden, gilt ein besonderer Beitragssatz. Für alle Kassen wird ein einheitlicher Beitragssatz von sieben Zehnteln des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes angewendet. Er beträgt derzeit 9,3 v. H. Dieser Beitragssatz gilt für versicherungspflichtige Studenten vom Beginn des Wintersemesters 2005/2006 bis zum Beginn des Wintersemesters 2006/2007. Für Praktikanten gilt er vom 01.10.2005 bis zum 30.09.2006. Als beitragspflichtige Einnahmen wird ein bestimmter Prozentsatz des Förderungsbetrags für auswärts wohnende Studenten nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz zu Grunde gelegt.

#### **Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II**

201 Seit der Einführung des Arbeitslosengeldes II zum 1. Januar 2005 gilt auch die Vorschrift des § 246 SGB V, die den anzuwendenden Beitragssatz für die Bezieher dieser Leistung vorgibt. Danach gilt der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen zum Stichtag 1. Oktober eines Jahres jeweils für das folgende Kalenderjahr.

202 Der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der GKV zum 1. Oktober 2005 betrug 13,2 v. H. Dieser Beitragssatz gilt somit nach § 246 SGB V seit dem 1. Januar 2006 für die Berechnung der Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II.

#### **Beitragssatz aus der Rente**

203 Beiträge aus den Renten werden je zur Hälfte von dem versicherungspflichtigen Rentner und dem Rentenversicherungsträger getragen, vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung einbehalten und an die Deutsche Rentenversicherung Bund abgeführt. Bei versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Rentnern gilt für die Bemessung

sung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse. Damit werden alle Rentner der GKV gleich behandelt, und zwar unabhängig vom Grund der Versicherungspflicht. Rentner haben ebenso wie Arbeitnehmer die Möglichkeit, den Beitragssatz ihrer Krankenkasse zum Anlass für einen möglichen Kasenswechsel zu nehmen. Bis zum 31.12.2003 galt für die Beitragsbemessung pflichtversicherter Rentner aus Renten der jeweils am 1. Januar geltende allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse des Rentners vom 1. Juli des laufenden bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. Beitragssatzsenkungen wurden damit zwar erst mit einer relativ langen zeitlichen Verzögerung wirksam. Gleiches galt aber auch für mögliche Beitragssatzerhöhungen.

204 Durch das 2. Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze ist diese Rechtslage mit Wirkung vom 01.01.2004 geändert worden. Bei der Beitragsbemessung aus der Rente werden Beitragssatzveränderungen nunmehr vom ersten Tag des dritten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats berücksichtigt.

Diese Vorlaufzeit ist für die Datenverarbeitungssysteme nach wie vor erforderlich.

### **Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen**

205 Der Beitragssatz für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen richtet sich ebenfalls nach dem individuellen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse. In der Vergangenheit wurde der jeweils am 1. Juli eines Jahres geltende Beitragssatz ab dem 1. Januar des folgenden Jahres für ein Kalenderjahr angewendet. Eine gesetzliche Anpassung an die Regelung bei der Beitragsbemessung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung ist durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz vorgenommen worden. Die Neuregelungen gelten seit dem 1. April 2005. Seit diesem Zeitpunkt gilt jeweils derselbe allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sowie auch für die Berechnung der Beiträge aus Renten. Veränderungen der Beitragssätze werden nunmehr bei der Berechnung der Beiträge aus diesen beitragspflichtigen Einnahmen zeitgleich berücksichtigt. Bis zum 31.12.2003 galt für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen von Pflichtversicherten nur der halbe allgemeine Beitragssatz. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz

(GMG) ist diese Rechtslage dahingehend geändert worden, dass seit dem 01.01.2004 sowohl für Pflichtversicherte als auch für freiwillig Versicherte für die Bemessung der Beiträge aus den oben angeführten Einnahmen der volle allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse Anwendung findet.

206 Während die Leistungsaufwendungen der Krankenkassen für Rentner in den alten Ländern 1973 noch zu rd. 72% durch die für sie gezahlten Beiträge gedeckt worden waren, finanzierten die Rentner im Jahr 2002 lediglich noch etwa 43% ihrer Leistungsaufwendungen. Diese „Finanzierungslücke“ ist im Rahmen der Solidargemeinschaft der Versicherten auszugleichen. Da aber die Beiträge der Aktiven nach dem allgemeinen Beitragssatz mit Krankengeldanspruch bemessen werden (§ 241 SGB V), ist im Sinne des der GKV zu Grunde liegenden Solidaritätsprinzips die Beitragszahlung aus der Rente nach dem gleichen Beitragssatz wie für Arbeitnehmer zur Verringerung der Belastung der Aktiven gerechtfertigt.

207 Zwar haben auch die heutigen Rentner während ihres Arbeitslebens die damaligen Rentner mitfinanziert. Wegen der damals niedrigeren Beitragssätze und des erheblich geringeren Umfangs der Leistungsausgaben in der GKV war der von ihnen zu tragende Anteil an den Leistungsaufwendungen aber erheblich geringer als der, der heute aufgebracht werden muss. Um zu verhindern, dass der von den Aktiven zu tragende Anteil noch weiter steigt, waren die Neuregelungen unumgänglich. Sie entlasten vor allem diejenigen Alleinverdiener und jungen Familien, denen weniger Geld zur Verfügung steht als Rentnern mit hohen Zusatzeinnahmen.

### **Zusätzlicher Beitragssatz**

208 Gemäß § 241a SGB V ist seit dem 1. Juli 2005 ein so genannter zusätzlicher Beitragssatz bei der Beitragsbemessung anzuwenden. Die Regelung war durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt worden und ist durch das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz geändert worden. Der zusätzliche Beitragssatz beträgt 0,9%. Der sich daraus ergebende Beitrag wird seit dem 1. Juli 2005 von den Mitgliedern der GKV erhoben. Die Mitglieder haben diesen Beitrag allein zu tragen. Die Arbeitgeber und die Rentenversicherungsträger sind an der Beitragstragung aus dem zusätzlichen Beitragssatz nicht beteiligt. Die Bezieher von Arbeitslosengeld II haben aus diesem Beitragssatz keine zusätzlichen Beiträge zu entrichten.

209 Mit dem GMG war ursprünglich auch die Einführung eines von den Mitgliedern der GKV alleine zu tragenden Beitrags für Zahnersatz vorgesehen worden. Dieser Beitrag sollte in Form einer einkommensunabhängigen Pauschale ab dem 1. Januar 2005 von den Mitgliedern erhoben werden. Mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz wurde die Einführung des festen Beitrags für Zahnersatz jedoch aufgehoben. Stattdessen wurde mit diesem Gesetz der durch das GMG eingeführte zusätzliche Beitragssatz von 0,5% der ab dem 1. Januar 2006 erhoben werden sollte, auf 0,9% angehoben und seine Einführung auf den 1. Juli 2005 vorgezogen, damit die mit dem GMG angestrebten Beitragssatzsenkungen bezogen auf den allgemeinen Beitragssatz erreicht werden. Die Erhöhung des zusätzlichen Beitragssatzes auf 0,9% entspricht in etwa dem Beitragsaufkommen, das den Krankenkassen durch den pauschalen Beitrag für Zahnersatz zugeflossen wäre. Mit der Änderung des § 241a SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz ist zudem sichergestellt, dass mit der Erhebung des zusätzlichen Beitragssatzes die übrigen Beitragssätze durch Gesetz in der Höhe des zusätzlichen Beitragssatzes abgesenkt werden.

210 In seiner Zielsetzung stellt der zusätzliche Beitrag eine Beteiligung aller Mitglieder der GKV an den gestiegenen Leistungsausgaben dar. Die Einnahmen aus dem zusätzlichen Beitragssatz fließen den Krankenkassen unabhängig von der Finanzierung einzelner Leistungen zu.

211 Als Folge des zusätzlichen Beitragssatzes werden die übrigen Beitragssätze durch Gesetz entsprechend abgesenkt. Die Arbeitgeber sowie die Rentenversicherungsträger werden nicht zur Tragung des zusätzlichen Beitragssatzes herangezogen. Da der zusätzliche Beitrag ausschließlich von den Versicherten zu tragen sein wird, werden u. a. die Rentenversicherungsträger, aber auch die Arbeitgeber bei den „Lohnnebenkosten“ entlastet werden.

## Tragung der Beiträge

212 Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen die Beiträge, mit Ausnahme derjenigen die sich aus der Anwendung des zusätzlichen Beitragssatzes ergeben, grundsätzlich zu gleichen Teilen. Die frühere Regelung, nach der der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mit sehr niedrigem Verdienst die Beiträge allein zu tragen hatte, ist mit dem Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse weggefallen.

213 Durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurden die Vorschriften über die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse mit Wirkung zum 1. April 2003 geändert. Die Geringverdienergrenze beträgt seitdem einheitlich für die alten und neuen Bundesländer 400 Euro. Bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern wird das Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis von nicht mehr als 400 Euro grundsätzlich mit dem Arbeitsentgelt aus der anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung zusammengerechnet, so dass alle Beiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte zu tragen sind. Ausgenommen hiervon ist die erste geringfügig entlohnte Beschäftigung neben einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung. In diesen Fällen werden die Beiträge aus der versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte getragen; aus der geringfügig entlohnten Nebenbeschäftigung hat der Arbeitgeber den Pauschalbeitrag zu entrichten (vgl. unten).

214 Für dauerhaft geringfügig Beschäftigte, die in der GKV versichert (auch familienversichert) sind, zahlte der Arbeitgeber bis zum 31.03.2003 Pauschalbeiträge in Höhe von 10% des Arbeitsentgelts an die Krankenversicherung. Aufgrund der Änderungen durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt gilt seit dem 01.04.2003 ein Pauschalbeitragssatz von 11%. Für ausschließlich in Privathaushalten geringfügig Beschäftigte ist lediglich ein Pauschalbeitrag in Höhe von 5% zu entrichten. Zusätzliche Ansprüche entstehen aus diesen Beiträgen nicht, weil diese Beschäftigten bereits vollen Krankenversicherungsschutz genießen (z. B. aus einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung).

## Für einige Personengruppen gibt es Besonderheiten

215 Ebenfalls durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist zum 01.04.2003 auch eine so genannte Gleitzone geschaffen worden (§ 20 SGB IV). Eine solche liegt vor, wenn Versicherte in einem Beschäftigungsverhältnis ein Arbeitsentgelt zwischen 400,01 Euro und 800 Euro im Monat erzielen. Bei diesen Beschäftigten handelt es sich um „normale“ versicherungspflichtige Personen, für die jedoch beitragsrechtliche Vergünstigungen bestehen. Der Arbeitnehmeranteil am Sozialversicherungsbeitrag ist innerhalb der Gleitzone durch die Neuregelung abgesenkt worden. Innerhalb

der Gleitzone steigt dieser Arbeitnehmerbeitrag bei einem Arbeitsentgelt von 400,01 Euro und 800 Euro linear an. Bei einem Arbeitsentgelt von 400,01 Euro beträgt der vom Arbeitnehmer zu zahlende Beitrag zur Sozialversicherung insgesamt rd. 4 v. H. Er steigt entsprechend innerhalb der Gleitzone bis zum vollen Arbeitnehmeranteil bei einem Arbeitsentgelt von 800 Euro an. Der innerhalb der Gleitzone zu zahlende verringerte Arbeitnehmeranteil zur GKV wird durch eine Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 226 Abs. 4 SGB V erreicht, wodurch der Gesamtbeitrag verringert wird. Der vom Arbeitgeber zu zahlende Beitragsanteil verändert sich innerhalb der Gleitzone nicht. Der Arbeitgeber hat für diesen Personenkreis einen Beitragsanteil zu entrichten, der demjenigen entspricht, den er zu zahlen hätte, wenn es die besonderen Regelungen über die Gleitzone nicht gäbe. D. h., der Arbeitgeber trägt seinen Arbeitgeberanteil in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich aus dem an den Beschäftigten gezahlten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt und dem Beitragssatz der Krankenkasse ergibt. Nur die Differenz zwischen dem Gesamtbeitrag zur Krankenversicherung abzüglich des Arbeitgeberanteils ist vom Arbeitnehmer zu tragen. Für die übrigen Bereiche der Sozialversicherung gelten entsprechende Vorschriften. Innerhalb der Gleitzone ist also die hälftige Beitragstragung aufgehoben.

216 Für Wehrdienst- und Zivildienstleistende werden die Beiträge vom Bund getragen. Für Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld und Eingliederungsgeld trägt die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge. Sonderregelungen bestehen für Bezieher von Kurzarbeiter- und Winterausfallgeld. Die für Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation abzuführenden Beiträge werden von den Rehabilitationsträgern getragen. Pflichtversicherte Studenten und Praktikanten haben ihren Beitrag allein zu tragen.

217 Für Bezieher von Arbeitslosengeld II gilt ebenfalls eine Sonderregelung. Mit der Arbeitsmarktreform (Hartz-Gesetze) sind zum 1. Januar 2005 wesentliche Änderungen in den Sozialversicherungssystemen eingetreten. Erwerbsfähige Hilfebedürftige erhalten Arbeitslosengeld II. Die Beiträge zur GKV werden für die Bezieher dieser Leistung vom Bund getragen (§ 251 Abs. 4 SGB V) und von der Bundesagentur für Arbeit an die Krankenkassen gezahlt (§ 252 SGB V).

218 Für die Berechnung der Beiträge wird nach § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen für den Monat der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zu Grunde gelegt. Dies sind im Jahr 2006 886,90 Euro.

219 Beiträge, die aus der Rente zu zahlen sind, werden je zur Hälfte vom Rentenversicherungsträger und vom Rentner aufgebracht. Bezieht der pflichtversicherte Rentner zusätzlich noch beitragspflichtige Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, so hat er den sich daraus ergebenden Beitrag allein zu tragen. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

220 Die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenversicherung tragen ihre Beiträge selbst, die nach Beitragsklassen in Anlehnung an den Flächenwert des landwirtschaftlichen Unternehmens festgesetzt werden. Für die im Unternehmen hauptberuflich mitarbeitenden Familienangehörigen hat der landwirtschaftliche Unternehmer die Beiträge zu zahlen. Wie die Rentner haben auch die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung aus allen Alterseinnahmen Beiträge zu zahlen, die jedoch zusammen mit dem Pauschalbeitrag nach § 249 b SGB V nicht die Ausgaben für Altenteiler decken. Das Defizit wird hier jedoch nicht wie in der allgemeinen Krankenversicherung durch Beiträge der Aktiven finanziert, sondern vom Bund getragen.

### **Freiwillig Versicherte im Ruhestand**

221 In der GKV gelten unterschiedliche Maßstäbe für die Beitragsbemessung von pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentnern. Freiwillig Versicherte tragen die Beiträge grundsätzlich allein in voller Höhe. Pflichtversicherte Rentner tragen die aus der Rente zu bemessenden Beiträge zur Hälfte, während der Rentenversicherungsträger die andere Hälfte übernimmt. Freiwillig versicherte Rentner erhalten ebenso wie privat versicherte Rentner zu ihrer Rente einen Beitragszuschuss vom zuständigen Rentenversicherungsträger bis zur Höhe des halben durchschnittlichen Beitragssatzes, so dass sie mit Pflichtversicherten gleich gestellt sind. Der Zuschuss ist auf die Hälfte der tatsächlich zu zahlenden Beiträge begrenzt.



222 Für freiwillig versicherte Rentner wird die Beitragsberechnung in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse geregelt. Beitragspflichtig sind auch Miet- und Kapitaleinnahmen, unabhängig von ihrer steuerlichen Behandlung. Bei freiwillig Versicherten galt schon immer das Prinzip, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist. Dies ist sozial gerecht und entspricht auch dem Solidaritätsgedanken der gesetzlichen Krankenversicherung.

223 Freiwillig versicherte Mitglieder der GKV, die eine Rente in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen für diese Rente erfüllen, haben seit dem 01.01.2000 nicht mehr wie früher bei Renten, die unterhalb der Mindestbemessungsgrundlage liegen, den oben genannten Mindestbeitrag zu leisten. Nunmehr ist die Beitragsbemessung aus der Rente, wie bei pflichtversicherten Rentenbeziehern auch, vom Zahlbetrag der Rente abhängig. Voraussetzung dafür ist, dass der oder die Versicherte während der zweiten Hälfte des Zeitraumes zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung und der Rentenantragstellung mindestens 9/10 dieser Zeit Mitglied der GKV gewesen ist oder im Rahmen der Familienversicherung mitversichert war.

### **Beiträge bei längerem Auslandsaufenthalt**

224 Schon nach dem Krankenversicherungsrecht, das vor dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 galt, hätten die Krankenkassen eigentlich Leistungen nur im Inland und bei Krankheit in solchen Ländern erbringen dürfen, mit denen vertragliche Abmachungen bestehen. Zahlreiche Krankenkassen hatten diese Rechtslage aus Kulanz und Wettbewerbsgründen nicht beachtet und auch Leistungen bei Krankheit im vertragslosen Ausland erbracht. Der Gesetzgeber hat also lediglich das frühere Recht beibehalten, als er die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtete, nur bei Behandlung im Inland und den sog. Vertragsstaaten zu leisten.

225 Eine Beitragsermäßigung für die Zeit eines Aufenthalts im vertragslosen Ausland wäre mit dem für die Krankenversicherung grundlegenden Prinzip der Solidargemeinschaft nicht vereinbar (vgl. Urteil des BSG vom 23. Juni 1994 – AZ 12 RK 25/94). Denn für den Umfang der Beitragsbelastung ist nicht der Leistungsbedarf oder das gesundheitliche Risiko maßgeblich. Deshalb werden die Beiträge prozentual

nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten bemessen; Risikozuschläge oder ähnliches sind der gesetzlichen Krankenversicherung fremd. Eine Ausnahme gilt nur für Zeiten eines beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (Rdnr. 193 zur Anwartschaftsversicherung).

226 Die Absicherung gegen Krankheit durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nicht nach Zeitabschnitten, sondern ist auf Dauer angelegt. Dies bedeutet, dass die Mitgliedschaft in der GKV auch während eines Aufenthalts im vertragslosen Ausland fortbesteht, so dass der Versicherte bei einer vorzeitigen Rückkehr - z. B. wegen einer Erkrankung - sofort Anspruch auf alle krankenversicherungsrechtlichen Leistungen hat, und zwar ohne Fristen und Wartezeiten. Auch der Krankenversicherungsschutz für familienversicherte Angehörige, die sich während der Abwesenheit des Mitglieds weiterhin im Inland aufhalten, bleibt bestehen.

227 Die Regelung dient auch der Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil sie die Versichertengemeinschaft gegen finanzielle Überforderungen durch Missbräuche schützt. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass Versicherten, die sich im vertragslosen Ausland aufhalten, der Abschluss einer privaten Auslandsreise-Krankenversicherung zumutbar ist.

228 Nach § 18 Abs. 3 SGB V können die Krankenkassen nur für längstens 6 Wochen im Kalenderjahr die Kosten für unverzüglich erforderliche Behandlungen bei privaten Auslandsreisen auch in Staaten übernehmen, mit denen keine Sozialversicherungsabkommen bestehen, wenn der Versicherte wegen einer Vorerkrankung oder aufgrund seines Lebensalters keine private Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen kann. Dies muss vor Antritt der Reise gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen werden. Ferner ist eine vorherige Zusage der Krankenkasse erforderlich. Diese Erweiterung der Kostenübernahmeverpflichtung bei Behandlung im Ausland, die der Gesetzgeber aufgrund zahlreicher Eingaben an den Petitionsausschuss beschlossen hat, gilt sowohl für Pflichtversicherte als auch für freiwillig in der GKV Versicherte.

229 Eine entsprechende Regelung gilt auch für Auslandsaufenthalte, die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind - und zwar ohne die Beschränkung auf sechs Wochen, allerdings auch nicht auf unbegrenzte Zeit, sondern nur, solange die



Gründe studienbedingter oder schulischer Notwendigkeit andauern (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB V).

## Beitragszuschüsse

### Arbeitgeberzuschuss für Beschäftigte

230 Während bei pflichtversicherten Beschäftigten der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags zu tragen hat, tragen Beschäftigte, die freiwillig in der GKV oder in der privaten Krankenversicherung versichert sind, ihren Krankenversicherungsbeitrag allein. Unter den Voraussetzungen des § 257 SGB V haben sie gegenüber ihrem Arbeitgeber einen sozialrechtlichen Anspruch auf einen steuer- und beitragsfreien Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag; von dieser Regelung darf nicht zum Nachteil des Versicherten durch Arbeitsvertrag oder Tarifvertrag abgewichen werden. Der Beitragszuschuss für freiwillig Versicherte beträgt die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten an die Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Zuschussempfänger tatsächlich für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für privat krankenversicherte Beschäftigte wird der Berechnung des Beitragszuschusses der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller Krankenkassen zu Grunde gelegt, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach § 245 SGB V jeweils zum 1. Januar des Vorjahres festgestellt hatte. Dieser betrug zum 01.01.2005 14,2 v. H. Aufgrund der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V hat sich dieser auch für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses um 0,9 Prozentpunkte auf 13,3 v. H. abgesenkt. Dieser Beitragssatz gilt daher seit dem 01.01.2006 für die Berechnung des Zuschusses nach § 257 SGB V. Auch für die ebenfalls privat versicherten Angehörigen wird der Beitragszuschuss bis zur Höhe des Höchstzuschusses gezahlt, wenn diese bei unterstellter Versicherungspflicht des Beschäftigten in der Familienversicherung versichert wären.

### Standardtarif

231 Nach § 257 Abs. 2 SGB V erhalten Beschäftigte, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und die weiteren in dieser Vorschrift genannten Voraussetzungen erfüllen, von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss, wenn sie Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Die Angebote des Versicherungsunternehmens müssen neben dem Leistungsangebot auch hinsichtlich be-

stimmter struktureller Kriterien mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Um ältere Versicherte vor übermäßig hohen Beiträgen im Alter zu schützen, haben die privaten Krankenversicherungsunternehmen angemessene Rückstellungen für das Alter zu bilden und einen brancheneinheitlichen Standardtarif mit garantiertem Höchstbeitrag zu schaffen. Dieser Standardtarif ist nicht nur für neue Mitglieder, sondern auch für Mitglieder, die schon längere Zeit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, anzubieten.

232 Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden weitere Personengruppen in den Standardtarif einbezogen. Hierzu zählen insbesondere Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt, sowie Personen die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und entweder eine Rente beantragt haben oder beziehen oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen. Der Standardtarif gilt nunmehr auch für Personen, die bislang aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen privat versichert werden konnten. Für Ehepaare und beihilfeberechtigte Versicherte gelten Sonderregelungen.

### Kein Zuschuss für Beamte

233 Die GKV ist derzeit dem Grunde nach auf Beamte, die grundsätzlich einen Beihilfeanspruch haben und somit des umfangreichen Sachleistungsangebotes der GKV nicht bedürfen, nicht ausgerichtet. Beamte erhalten den Krankenversicherungsschutz des eigenständigen beamtenrechtlichen Krankenfürsorgesystems in Form der Beihilfe. Im Rahmen dieses Systems ist bereits in der laufenden Besoldung bzw. in der Pension ein Anteil enthalten, der unter Berücksichtigung der ergänzenden Fürsorgeleistungen des Dienstherrn im Krankheitsfall (Beihilfe) ausreicht, eine zumutbare und angemessene ergänzende Krankenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur eigenverantwortlichen Vorsorge abzuschließen. Der in der GKV freiwillig versicherte Beamte bleibt im vollen Umfang mit seiner Beitragszahlung belastet, obwohl er die Beihilfe nicht oder nur geringfügig in Anspruch nehmen kann. Darüber hinaus sehen die einschlägigen Beihilfenvorschriften vor, dass ein Beihilfeanspruch nicht gegeben ist, wenn für die beanspruchten Leistungen ein Sachleistungsanspruch gegen eine Krankenkasse besteht.

## Sonstige beitragsrechtliche Regelungen

### Das Umlageverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

233a Am 1. Januar 2006 ist das Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen und zur Änderung weiterer Gesetze (Aufwendungsausgleichsgesetz) in Kraft getreten (BGBl. I, BGBl. I, 2005 Nr. 76 vom 30.12.2005). Im bisherigen Lohnfortzahlungsgesetz war zuletzt nur noch das so genannte Umlageverfahren geregelt, nachdem die Vorschriften über die Lohnfortzahlung bereits vor Jahren in das Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) überführt worden waren. Im Rahmen dieses Umlageverfahrens werden bestimmte Leistungen der Arbeitgeber an ihre Beschäftigten durch eine Umlage ausgeglichen. Das Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) regelt die zwei unterschiedlichen Umlageverfahren neu. Im U1-Verfahren werden den beteiligten Arbeitgebern die Aufwendungen für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erstattet, im U2-Verfahren erfolgt der Ausgleich der Aufwendungen bei Mutterschaft. Die Arbeitgeber zahlen hierfür Umlagebeiträge und können sich die Aufwendungen von den Krankenkassen ganz (U2-Verfahren) oder teilweise (U1-Verfahren) erstatten lassen.

233b Die Reform des Umlageverfahrens U2 nach dem bisherigen Lohnfortzahlungsgesetz wurde deshalb erforderlich, weil damit ein Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld umgesetzt wurde. Arbeitnehmerinnen erhalten bei Mutterschaft von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld. Er entspricht der Differenz zwischen dem Mutterschaftsgeld der Krankenkasse und dem letzten Nettoentgelt. Im Rahmen des Umlageverfahrens werden den Arbeitgebern unter anderem die Aufwendungen des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld von der Krankenkasse erstattet. Das Bundesverfassungsgericht hatte am 18. November 2003 entschieden, dass der Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) verfassungswidrig ist. Dem Arbeitgeber wurden zwar die entsprechenden Zahlungen im Rahmen des Umlageverfahrens nach dem Lohnfortzahlungsgesetz erstattet. Da dieses Umlageverfahren aber nur für Kleinunternehmen galt, hatte das Bundesverfassungsgericht darin einen Verstoß gegen das Gleichberechtigungsgebot des Grundgesetzes gesehen, weil die bisherige Rechtslage die Gefahr einer

faktischen Diskriminierung von Frauen verursachte, da Arbeitgeber, die nicht in das Umlageverfahren einbezogen waren, ein Interesse daran gehabt haben könnten, weniger oder keine Frauen zu beschäftigen.

Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2005 eine verfassungskonforme Neuregelung zu schaffen. Als einen der möglichen Lösungswege hatte das Gericht die Erstreckung des Ausgleichsverfahrens auf alle Arbeitgeber ausdrücklich genannt.

Durch die Neuregelung zum 1. Januar 2006 ist der Gesetzgeber diesem Auftrag des Bundesverfassungsgerichtes nachgekommen. Der Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld wurde dadurch verfassungskonform ausgestaltet, dass sämtliche Arbeitgeber in das Umlageverfahren einbezogen wurden.

Neben den Änderungen des U2-Verfahrens enthält der nunmehr beschlossene Gesetzentwurf auch weitere Änderungen an beiden Umlageverfahren und insbesondere am U1-Verfahren. Seit dem 1. Januar 2006 führen alle Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen die beiden Umlageverfahren durch. Die zuvor geltenden Regelungen des Lohnfortzahlungsgesetzes waren auf die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse, die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Innungskrankenkassen beschränkt gewesen. Weiterhin sind nunmehr auch Angestellte in das U1-Verfahren einbezogen. Bisher wurden den Arbeitgeber im Rahmen dieser Umlage nur die Aufwendungen für Arbeiter und Auszubildende erstattet. Darüber hinaus gilt für das U1-Verfahren nun eine einheitliche Beschäftigtenhöchstgrenze von 30 Beschäftigten. Bislang waren Arbeitgeber umlagepflichtig, wenn sie nicht mehr als 20 Beschäftigte hatten, wobei die einzelnen Krankenkassen jedoch per Satzungsbeschluss diese Grenze auf bis zu 30 erhöhen konnten. Außerdem ist es den Krankenkassen seit dem 1. Januar 2006 gestattet, die Durchführung des Umlageverfahrens auf eine andere Kasse oder einen Landes- oder Bundesverband zu übertragen.

#### Verfahren U 1

233c In § 1 Absatz 1 AAG ist das U1-Verfahren geregelt. An diesem Verfahren nehmen nur Arbeitgeber teil, die ausschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten nicht mehr als 30 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigen (so genannte Kleinunternehmer). Auf Antrag des Arbeitgebers erstatten die Krankenkassen der jeweiligen Beschäftigten den

Arbeitgebern diejenigen Aufwendungen, die aufgrund von Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) entstanden sind. Hierzu gehört zum einen die eigentliche Entgeltfortzahlung an den Beschäftigten, zum anderen auch Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversicherung und Beitragszuschüsse des Arbeitgebers.

Die Höhe der Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen beträgt im U1-Verfahren 80%. Nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 AAG können die Krankenkassen diese Erstattungshöhe jedoch per Satzungsregelung einschränken. In diesen Fällen ist auch die Höhe der Umlagesätze entsprechend abzusenken.

Am U1-Verfahren nehmen bestimmte in § 11 Abs. 1 AAG genannte Arbeitgeber nicht teil. Hierzu gehören zum Beispiel der Bund, die Länder und Gemeinden sowie sonstige Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege sind nicht in das U1-Verfahren einbezogen, es sei denn, dass sie dies ausdrücklich und unwiderruflich wünschen.

## Verfahren U 2

233d § 1 Abs. 2 AAG regelt den Erstattungsanspruch der Arbeitgeber im Rahmen des U2-Verfahrens. In dieses Verfahren sind grundsätzlich alle Arbeitgeber einbezogen, unabhängig von der Anzahl ihrer Beschäftigten. Die Krankenkassen erstatten den Arbeitgebern die Aufwendungen bei Mutterschaft zu 100%. Hierzu gehören der Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 MuSchG, die Entgeltfortzahlung bei Beschäftigungsverboten während der Schwangerschaft nach § 11 MuSchG und die auf diese Leistungen entfallenden Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversicherung sowie Beitragszuschüsse des Arbeitgebers.

## Durchführung der Umlageverfahren U 1 und U 2

233e Die Krankenkassen erstatten den Arbeitgebern die entsprechenden Aufwendungen auf Antrag (§ 2 AAG). Die zuständige Krankenkasse oder eine gemeinsam bestimmte Stelle stellt jeweils zu Jahresbeginn fest, welche Arbeitgeber für die Dauer dieses Kalenderjahres an den Ausgleichsverfahren teilnehmen (§ 3 AAG). Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren werden durch Umlagebeiträge der teilnehmenden Arbeitgeber aufgebracht. Die Umlagen sind jeweils in einem Prozentsatz des Entgelts festzusetzen, nach dem die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für die im Betrieb beschäftigten

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Auszubildenden bemessen werden (§ 7 AAG). Die Höhe dieser Umlagesätze wird von den Krankenkassen in der Satzung festgelegt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 AAG). Dabei sind auch die angemessenen Verwaltungskosten zu berücksichtigen. Bei der Festlegung der Umlagesätze wirken in den Selbstverwaltungsorganen nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Abs. 4 AAG). Da es in den Selbstverwaltungsorganen der Ersatzkassen im Gegensatz zu den paritätisch besetzten Organen der anderen Kassenarten keine Arbeitgebervertreter gibt, müssen die Ersatzkassen für ihre Satzungsregelungen das Einvernehmen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber herstellen.

Die Beiträge werden mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstellen (zuständige Krankenkasse) abgeführt. Nach § 8 Abs. 2 AAG haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Durchführung der Aufgaben nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz auf eine andere Krankenkasse oder einen Landes- oder Bundesverband zu übertragen. Der Einzug der Umlagebeiträge verbleibt jedoch auch in diesen Fällen bei den jeweiligen Krankenkassen.

Für Beschäftigte, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören, kann der Arbeitgeber in entsprechender Anwendung der Kassenwahlrechte die Krankenkasse bestimmen, an deren Ausgleichsverfahren er teilnimmt.

## Das Leistungsrecht

### Grundprinzipien

#### Wirtschaftlichkeitsgebot

234 Für sämtliche Leistungen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bringt so deutlich zum Ausdruck, dass die Krankenkassen die Beiträge der Versicherten in treuhänderischer Form verwalten und sie deshalb nur in strenger Bindung an den Versicherungszweck ausgeben dürfen. Bewilligt eine Krankenkasse gleichwohl ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht in Missachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots Leistungen, muss ihr Vorstand bei Verschulden hierfür einstehen (§ 12 Abs. 3 SGB V).

### Sachleistungen – Kostenerstattung

235 Der GKV liegt das Sachleistungsprinzip zugrunde. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen ihren Versicherten die von diesen benötigten Leistungen in der Regel als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung stellen und die Kosten unmittelbar mit den Leistungserbringern abrechnen. Hierzu schließen die Krankenkassen und ihre Verbände Verträge mit den Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, etc.). Das Sachleistungsprinzip hat für die Versicherten Vorteile: Sie erhalten unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit die erforderlichen Versicherungsleistungen ohne Vorauszahlung und Vorfinanzierung. Die Versicherten sind der Notwendigkeit enthoben, für die finanzielle Abwicklung ihrer Behandlung zu sorgen. Sie brauchen keine Rücklagen zu bilden oder Kredite aufzunehmen. Weiterhin entlastet das Sachleistungsprinzip die Versicherten von der Aufgabe, die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu beurteilen und die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen.

236 Kostenerstattung kennt die GKV nur in den Fällen, für die das Gesetz sie ausdrücklich zulässt oder vorsieht. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz ist § 13 SGB V dahingehend geändert worden, dass alle Versicherten anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen können. Die frühere Beschränkung dieses Wahlrechts auf freiwillige Mitglieder der GKV besteht damit seit dem 01.01.2004 nicht mehr. Viele pflichtversicherte Mitglieder sahen in der allein den freiwilligen Mitgliedern eingeräumten Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, ein ungerechtfertigtes Privileg. Zudem soll mit der Aufhebung der Beschränkung das Prinzip der Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden.

237 Die Versicherten können ihre Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten Behandlung beschränken. Während in diesem Fall nach einer entsprechenden Wahlentscheidung für ambulante Leistungen das Kostenerstattungsprinzip gilt, bleibt es für stationäre Leistungen beim Sachleistungsprinzip. Nicht möglich ist es allerdings, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen zu beschränken. Vielmehr hat sich auch eine auf ambulante Leistungen beschränkte Wahl der Kostenerstattung auf sämtliche ambulante Leistungen

zu erstrecken. Eine Ausnahme gilt aus Gründen des Vertrauensschutzes für diejenigen Versicherten, die vor dem 01.01.2004 aufgrund einer entsprechenden Satzungsregelung ihrer Krankenkasse, die Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte ambulante Leistungen beschränkt hatten und gegebenenfalls eine entsprechende Zusatzversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen haben. Diesen Versicherten wird eine auf den einzelnen Leistungsbereich begrenzte Kostenerstattung auch weiterhin ermöglicht. Grundsätzlich gilt, dass der Versicherte an seine Entscheidung zur Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden ist.

238 In Ausnahmefällen ist es Versicherten seit dem 01.01.2004 auch möglich, nicht zugelassene Leistungserbringer gegen Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Eine Inanspruchnahme solcher Leistungserbringer setzt allerdings eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse voraus. Im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung hat die Krankenkasse dabei medizinische und soziale Aspekte zu berücksichtigen. Denkbar ist hier z. B. der Fall, dass ein zugelassener Leistungserbringer mit entsprechender indikationsbezogener Qualifikation in angemessener Nähe nicht zur Verfügung steht. Voraussetzung einer Zustimmung durch die Krankenkasse ist im Übrigen, dass eine zumindest gleichwertige Qualität der Versorgung wie bei zugelassenen Leistungserbringern gewährleistet ist. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Berufsgruppen, die nicht die dort aufgeführten Voraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung der Versicherten zu Lasten der Krankenkassen erfüllen, wie z. B. Heilpraktiker, können in keinem Fall in Anspruch genommen werden.

239 Damit den Krankenkassen durch die vom Versicherten gewählte Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen, ist der Umfang der Kostenerstattung auf höchstens die Vergütung beschränkt, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Kostenerstattung kommt zudem nur für solche Leistungen in Betracht, die die Krankenkasse auch als Sach- oder Dienstleistung hätte zur Verfügung stellen müssen. Leistungen, die im Leistungskatalog der GKV nicht vorgesehen sind, scheiden aus.

240 Einzelheiten zum Verfahren, zur Höhe des Kostenerstattungsbetrages, zu Abschlägen wegen verursachter Verwaltungs(mehr-)kosten, fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen und vorgesehenen

Zuzahlungen hat die Krankenkasse ergänzend zum Gesetz in ihrer Satzung festzulegen. Da die Kostenerstattung in all ihren Konsequenzen nicht immer leicht zu überblicken ist und um die Versicherten vor vorläufigen Entscheidungen zu bewahren, besteht für die Krankenkassen darüber hinaus - unabhängig von den sich aus den §§ 13 ff SGB I ergebenden allgemeinen Informationspflichten - eine ausdrückliche Pflicht, ihre Versicherten über die Folgen einer Entscheidung für die Kostenerstattung aufzuklären.

241 Prinzipiell gilt: Ein Vertragsarzt/Vertragszahnarzt ist verpflichtet, Versicherten im Rahmen der ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung sämtliche Leistungen zukommen zu lassen, die notwendig sind und ausreichend sein müssen. Er handelt seinen vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Verpflichtungen zuwider, wenn er den Eindruck erweckt, er würde Versicherte, die nach wie vor eine Behandlung und Sachleistung aufgrund der Krankenversichertenkarte wünschen, schlechter behandeln als Privatpatienten. Es sei nochmals klargestellt: Versicherte der GKV haben im Rahmen ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung Ansprüche auf Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und dabei das Maß des Notwendigen allerdings nicht überschreiten dürfen. Diese Leistungen sind grundsätzlich als Sachleistung zu erbringen. Die Wahl der Kostenerstattung ist allein der freien, eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten vorbehalten. Sie dürfen in ihrer Entscheidung nicht mit unangemessenen Mitteln beeinflusst werden. Insbesondere haben Ärzte und Zahnärzte kein Recht, eine Leistung als Sachleistung zu verweigern, stattdessen aber die Leistung privatärztlich/zahnärztlich zu erbringen und die Patienten auf den Weg der Kostenerstattung zu verweisen.

### **Voraussetzung der Inanspruchnahme von Leistungen**

242 „Eintrittskarte“ in den Kreis der Leistungsberechtigten beim Bezug der Leistungen war früher der Krankenschein. Heute erhalten alle Versicherten von ihrer Krankenkasse unaufgefordert eine Krankenversichertenkarte zugesandt; mitversicherte Ehegatten und Kinder erhalten eigene Karten. Die Krankenversichertenkarte enthält - wie früher der Krankenschein - den Krankenversicherungsnachweis gegenüber dem behandelnden Arzt/Zahnarzt. Für die Inanspruchnahme anderer als ärztliche/zahnärztliche Leistungen kann die Krankenkasse den Versicherten

in den dazu geeigneten Fällen Berechtigungsscheine ausstellen. Auch bei Reisen im Inland ermöglicht die Krankenversichertenkarte unkompliziert einen Arztbesuch. Die Überweisungsscheine ersetzen sie allerdings nicht: Der behandelnde Arzt hat die Versicherten daher zu überweisen, wenn diese innerhalb eines Vierteljahres von einem anderen Arzt behandelt werden sollen.

### **Erlöschen des Leistungsanspruchs**

243 Leistungen der Krankenkasse kann nur erhalten, wer ihr Mitglied ist oder durch die Mitgliedschaft eines Familienangehörigen im Rahmen der Familienversicherung in den Versicherungsschutz einbezogen wird. Der Anspruch endet mit der Mitgliedschaft, und zwar auch dann, wenn der Leistungsgrund vor dem Ende der Mitgliedschaft eingetreten ist. Für Versicherungspflichtige besteht insofern eine Ausnahme, als ihr Anspruch noch für einen Monat nach dem Ende ihrer Mitgliedschaft fortbesteht (nachgehender Leistungsanspruch). Die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes kann in der Regel durch freiwilligen Beitritt zur Krankenkasse erreicht werden. Der Beitritt muss der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft angezeigt werden.

### **Leistungen bei Selbstverschulden**

244 Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse diese Versicherten an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen (§ 52 SGB V). Das Krankengeld kann für die Dauer der Krankheit ganz oder teilweise versagt und zurückgefordert werden.

### **Leistungen bei Behandlungen im Ausland**

245 Früher bestand die Auffassung, dass die Durchsetzung des Krankenversicherungsrechts an den territorialen Grenzen endet. Richtig ist, dass das Sozialgesetzbuch außerhalb des Bundesgebiets nicht gilt. Im Ausland kann das Krankenversicherungsrecht nicht durch innerstaatliche Behörden ausgeführt und umgesetzt werden. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland im Rahmen des Sachleistungsprinzips in der Regel nicht möglich, da die Rechtsbeziehungen im Sachleistungssystem zwischen Versicherten - Krankenkassen - Kassenärztlichen Vereinigungen - Ärztinnen und Ärzten weiterhin öffentlich-rechtlich und mit hoheitlichen



Eingriffskompetenzen geregelt sind. Gegenüber den im Ausland tätigen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern sowie ihren Organisationen und Zusammenschlüssen kann das Sozialgesetzbuch infolgedessen unmittelbar keine Anwendung finden.

246 Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in den vergangenen Jahren in verschiedenen Urteilen entschieden, dass die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Art. 28 EG-Vertrag und der Dienstleistungsfreiheit nach Art. 49 EG-Vertrag auch im Bereich der sozialen Sicherheit gelten und daher nationale Regelungen, die es den gesetzlich Krankenversicherten faktisch zu verwehren, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) zu Lasten ihrer Krankenkasse in Anspruch zu nehmen, unzulässig sind. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz sind diese Urteile in nationales Recht umgesetzt worden. Versicherte sind danach mit ihrer Nachfrage nach Versicherungsleistungen nicht mehr territorial auf das Inland beschränkt, sondern können auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedsstaaten der EU oder des EWR unabhängig davon, ob sie Kostenerstattung gewählt haben, gegen Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Ausgenommen hiervon sind lediglich so genannte Residenten, das heißt diejenigen Versicherten, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen und für die die inländischen Krankenkassen zur Abdeckung der notwendigen medizinischen Versorgung dem Krankenversicherungsträger des Gastlandes einen Pauschbetrag bezahlen oder ein gegenseitiger Erstattungsverzicht vereinbart wurde.

247 Für Krankenhausleistungen gilt die Besonderheit, dass diese nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Die erforderliche Zustimmung durch die Krankenkasse darf von dieser versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann. Es besteht somit ein Vorrang zugunsten vertraglich an die Krankenkasse gebundener inländische Leistungserbringer, es sei denn, der Versicherte kann eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten, oder er ist während eines Aufenthalts im EU- bzw. EWR-Aus-

land auf eine unverzügliche entsprechende Behandlung angewiesen.

248 Auch bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern im EU- oder EWR-Ausland gilt, dass ein Kostenerstattungsanspruch höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistungen im Inland zu tragen hätte, jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Der Versicherte sollte sich deshalb ggf. vorher bei seiner Krankenkasse über die Voraussetzungen einer Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen EU- bzw. EWR-Staaten informieren. Dabei wird es insbesondere um die Frage gehen, welche Leistungserbringer zu welchen Bedingungen in Anspruch genommen werden können.

249 Unabhängig von den vorgenannten Möglichkeiten erhalten Versicherte nach folgenden Maßgaben Leistungen im Ausland (vgl. auch Kap. 25):

- Für Mitglieder, die als Arbeitnehmer vorübergehend im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, besteht eine Sonderregelung (§ 17 SGB V). Sie erhalten für sich und für ihre mitversicherten Familienangehörigen die Krankenversicherungsleistungen von ihrem Arbeitgeber. Die Krankenkasse ihrerseits erstattet dem Arbeitgeber die ihm entstandenen Kosten bis zu der Höhe, in der sie ihr im Inland entstanden wären.
- Innerhalb der Europäischen Union, zu der seit dem 01.05.2004 auch die Länder Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowenien, Slowakei, Tschechien, Ungarn und der griechische Teil Zyperns gehören, gibt es aufgrund von EU-Verordnungen über soziale Sicherheit die Möglichkeit der Krankenbehandlung im Wege der Sachleistungsaushilfe (vgl. hierzu im einzelnen die Ausführungen im Kapitel 25). Im Rahmen des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gelten die einschlägigen EU-Verordnungen auch für die Länder Liechtenstein, Island und Norwegen. Gleiches gilt aufgrund eines Freizügigkeitsabkommens für die Schweiz. Darüber hinaus wurden u. a. mit den Ländern Kroatien, Marokko, Türkei und Tunesien entsprechende Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen. Für einen vorübergehenden Aufenthalt in all diesen Ländern – insbesondere während eines Urlaubs – mussten sich Versicherte früher



einen „Auslandskrankenschein“ von ihrer Krankenkasse ausstellen lassen. Seit dem 01.07.2004 wird innerhalb der EU die Europäische Gesundheitskarte (EHIC) eingeführt, die den Auslandskrankenschein ersetzt. Da es in Deutschland eine solche Karte bislang noch nicht gab, stellten die deutschen Krankenkassen eine provisorische Ersatzbescheinigung aus, die künftig durch die europäische Krankenversichertenkarte ersetzt wird. Im Krankheitsfall stellt dann der ausländische Krankenversicherungsträger die erforderlichen Versicherungsleistungen als Sachleistung zur Verfügung. Anders als bei der oben beschriebenen Inanspruchnahme gegen Kostenerstattung hat der Versicherte hier nicht in Vorleistung zu treten und läuft nicht Gefahr, einen Teil der Behandlungskosten selbst übernehmen zu müssen. Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich bei der Sachleistungsaushilfe nach den Rechtsvorschriften des Gastlandes.

- In der Europäischen Union und in den weiteren Staaten (so weit die Sozialversicherungsabkommen dies vorsehen), gibt es den Krankenversicherungsschutz nicht nur im unvorhersehbaren Bedarfsfall, beispielsweise während des Urlaubs; vielmehr können Krankenkassen nach dem einschlägigen EU-Recht auch genehmigen, dass Versicherte planbare Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen. Die Entscheidung der Krankenkasse ist eine Ermessensentscheidung. Ein unbedingter Anspruch der Versicherten auf sie besteht nicht. Weitere Voraussetzung ist, dass das Krankenversicherungsrecht des anderen EU- oder Vertragsstaates die gewünschte Leistung ebenfalls als Leistung der Krankenversicherung vorsieht. Auch in diesem Fall wird die Leistung als Sachleistungsaushilfe gewährt.
- Seit dem 01.01.2004 besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungserbringern in der EU und dem EWR Verträge zu schließen, in denen sich die Leistungserbringer verpflichten, die Versicherten zu Lasten der Krankenkasse zu behandeln (§ 140e SGB V). Die Versicherten können sich in diesem Fall von dem Vertragspartner der Krankenkasse behandeln lassen, der dann unmittelbar mit der Krankenkasse abrechnet (auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip). Es ist Aufgabe der Krankenkasse, ihre Versicherten

darüber zu informieren, ob entsprechende Verträge geschlossen wurden.

- Die Erstattung der Kosten für Leistungen, die außerhalb der EU und des EWR bezogen werden, ist in der Regel nicht möglich. Die Versicherten sind – sofern entsprechende Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen wurden – auf die Inanspruchnahme im Wege der Sachleistungsaushilfe verwiesen. Die Krankenkasse kann jedoch nach § 18 Abs. 1 SGB V ausnahmsweise die Kosten für eine erforderliche Behandlung im Ausland ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (z. B. Klimatherapie im Hochgebirge). Die Krankenkasse kann in diesem Fall auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.
- Des Weiteren können die Krankenkassen nach § 18 Abs. 3 SGB V für längstens 6 Wochen im Kalenderjahr die Kosten für unverzüglich erforderlich werdende Behandlungen bei privaten Auslandsreisen auch in Staaten übernehmen, mit denen keine Sozialversicherungsabkommen bestehen. Voraussetzung ist, dass Versicherte wegen einer Vorerkrankung oder aufgrund ihres Lebensalters keine private Auslandskrankensversicherung abschließen konnten und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthaltes festgestellt hatte. Die Kosten wiederum werden nur bis zu der Höhe übernommen, in der sie im Inland entstanden wären. Eine Kostenübernahme nach diesen Regelungen kommt allerdings nicht in Betracht, wenn sich Versicherte mit dem Ziel ins Ausland begeben, sich dort behandeln zu lassen.

Den Rücktransport aus dem Ausland bezahlt die Krankenkasse grundsätzlich nicht. Auch besteht kein Versicherungsschutz in europäischen Kleinstaaten wie z. B. Monaco, in denen das EU-Recht nicht anwendbar ist und mit denen auch kein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht.

### **Die Leistungen der Krankenversicherung im einzelnen Überblick**

250 Versicherte haben nach § 11 SGB V Anspruch auf Leistungen

- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung

tung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24 b),

- zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26) sowie
- zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52).

Sie haben ferner Anspruch auf Leistungen

- bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195 bis 200 Reichsversicherungsordnung) sowie Anspruch
- auf Krankengeld (§§ 44 bis 51)

Bei Selbstverschulden bestehen Leistungsbeschränkungen (§ 52).

### Medizinische Vorsorgeleistungen (§§ 23, 24)

251 Auch die ärztliche Behandlung soll in den geeigneten Fällen möglichst früh einsetzen. Deshalb haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln schon vor dem Eintritt der eigentlichen Krankheit, wenn die Behandlung notwendig ist, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

252 Art und Umfang der Leistungen sind abgestuft nach den medizinischen Erfordernissen. Nach wie vor gilt in der GKV der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und „ambulante Rehabilitation vor Pflege“. Das bedeutet, dass die ambulante Rehabilitation auch künftig ihren Platz erhalten und angesichts der demographischen Entwicklung unter Zunahme chronisch-degenerativer Krankheiten an Bedeutung eher noch zunehmen wird.

253 Daher kommt zunächst die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt in Betracht. Reichen diese Leistungen nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgeleistung erbringen; die Leistung kann erst nach Ablauf von drei Jahren wiederholt werden. Eine vorzeitige Leistung aus dringenden medizinischen Gründen ist aber möglich. Die Kassenleistung umfasst die medizinischen Leistungen am Kurort sowie einen

Zuschuss zu den übrigen Kosten (Übernachtung, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe etc.) bis zu 13 Euro täglich nach Satzungsrecht. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen kann der Zuschuss für versicherte chronisch kranke Kinder auf bis zu 21 Euro täglich erhöht werden. Der Zuschuss war durch das Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen vom 01.08.2002 erhöht worden. Er betrug zuvor maximal 8,- bzw. 16 Euro. Außerdem galten zuvor eine Regeldauer von 3 Wochen und ein Wiederholungsintervall von 4 Jahren bei der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen.

254 Wenn auch eine ambulante Vorsorgeleistung nicht ausreicht, kann die Krankenkasse die Vorsorgeleistung in einer stationären Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der sie einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat; in der Regel bis zu drei Wochen alle vier Jahre. Die Krankenkasse übernimmt die gesamten Kosten bis auf eine Zuzahlung von 10 Euro täglich für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Bei den Fahrkosten zur stationären Vorsorgemaßnahme trägt die Kasse die Kosten, abzüglich eines Betrages in Höhe von 10% der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro je Fahrt. Stationäre Vorsorgemaßnahmen kommen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in Betracht. Auch hier kann die Dauer der Maßnahme flexibel und individuell unter Berücksichtigung des Vorsorgebedarfs erbracht werden.

255 Mütter können unter den oben genannten Voraussetzungen Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erhalten. Die Leistungen sind Regelleistungen, die jede Krankenkasse vorzusehen hat, und sie werden von den Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen erbracht. Bis zum 31.07.2002 sah die gesetzliche Regelung vor, dass jede Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen konnte, dass die Kosten für bewilligte Maßnahmen nicht voll, sondern nur anteilig übernommen wurden. Diese Möglichkeit ist durch das Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz) aufgehoben worden. Seit dem 01.08.2002 sind entsprechende von den Krankenkassen genehmigte Leistungen voll zu finanzieren. Die Versicherten haben allerdings eine Zuzahlung von 10 Euro je Kalendertag an die Einrichtung zu zahlen. Da diese Regelungen nur für Versicherte gelten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist für Kinder keine

Zuzahlung zu leisten. Durch das Gesetz ist ausdrücklich klargestellt worden, dass Leistungen auch für Väter erbracht werden; die Krankenkassen hatten auch das frühere Recht in diesem Sinne ausgelegt.

### Schutzimpfungen (§ 23 Abs. 9)

256 Die Krankenkassen dürfen Kosten für prophylaktische Vorbeugemaßnahmen vor privaten Auslandsreisen (z. B. Malariaphylaxe, Schutzimpfungen gegen Cholera, Typhus) nicht tragen. Durch die Finanzierung dieser Vorbeugemaßnahmen würde die Gemeinschaft der Versicherten unnötig belastet. Alle Versicherten müssten mit ihren Beiträgen diese Kosten mitfinanzieren, obwohl es sich um Kosten handelt, die zu den normalen Aufwendungen für Auslandsreisen gehören und damit in den Eigenverantwortungsbereich des Einzelnen fallen. Die Krankenkasse kann daher in ihrer Satzung nur Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlass eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes vorsehen.

### Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 26)

257 Auf bestimmte Krankheitsbilder ausgerichtete ärztliche Untersuchungen sollen zu einem möglichst frühzeitigen Einwirken auf das Krankheitsgeschehen führen. Deshalb haben Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Außerdem haben Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres und Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss, der in Richtlinien Näheres hierzu bestimmt, kann für geeignete Gruppen von Versicherten abweichende Altersgrenzen und Häufigkeiten der Untersuchungen festlegen.

258 Von herausragender Bedeutung sind die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Die Krankenkassen tragen für versicherte Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die Kosten für regelmäßige Untersuchungen sowie für eine Untersuchung nach Vollendung des 10. Lebensjahrs zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden. Auf diese Weise können schon

frühzeitig Fehlentwicklungen bei Kindern erkannt und beeinflusst werden.

## Krankenbehandlung

### Überblick

259 Schwerpunkt der Kassenaufgaben sind die Leistungen der Krankenbehandlung. Hierzu zählen

- ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V),
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz (§§ 28 Abs. 2, 29, 55 SGB V),
- psychotherapeutische Behandlung (§ 28 Abs. 3 SGB V),
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 bis 36 SGB V),
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 37, 38 SGB V),
- Soziotherapie (§ 37a SGB V),
- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- Zuschuss zu ambulanter und stationärer Hospizarbeit (§ 39a SGB V),
- Leistungen zur künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V) sowie
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§§ 40 bis 43 SGB V).

### Ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V)

260 Die ärztliche Behandlung umfasst alle vertragsärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Die Versicherten haben freie Auswahl unter den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es besteht keine Verpflichtung, zunächst einen niedergelassenen Allgemeinarzt in Anspruch zu nehmen. Näheres zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien, die fortlaufend an die Entwicklung der Medizin angepasst werden. Die ärztliche Behandlung ist eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Abrechnung des niedergelassenen Arztes mit der Krankenkasse erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Versicherten sind in das Abrechnungsverfahren nicht eingebunden.

261 Seit dem 1. Januar 2004 haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die so genannte Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro zu zahlen. Diese Zuzahlung ist bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Arztes, die ohne Überweisung erfolgt, je Quartal zu leisten.

262 Die Praxisgebühr ist nicht zu entrichten bei

- Behandlungen, die auf Überweisung aus demselben Quartal erfolgen,
- der Behandlung von Kindern und Jugendlichen,
- Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- der Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt in Zusammenhang mit der Bonusregelung bei Zahnersatz,
- Schutzimpfungen,
- Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge sowie
- Quartalsübergreifenden Durchführungen von Probeuntersuchungen oder Befundungen von Untersuchungsergebnissen.

263 Sofern Patienten den vertragsärztlichen Notdienst ohne Überweisung in Anspruch nehmen und in demselben Kalendervierteljahr noch keine vertragsärztlichen Leistungen in Anspruch genommen worden sind, haben sie die Praxisgebühr zu entrichten. Dies gilt auch für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus.

264 Die Praxisgebühr soll im Wesentlichen als ein Finanzierungs- und Steuerungselement in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen. Die Ausnahmen sind daher auf die beschriebenen Fälle beschränkt.

Die Versicherten zahlen die Praxisgebühr direkt in der Arztpraxis. Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verringert sich um die einzubehaltende Praxisgebühr.

#### **Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 bis 36 SGB V)**

265 Versicherte haben Anspruch auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, soweit diese nicht ausdrücklich durch Gesetz, Rechtsverordnung oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Versorgung ausgeschlossen sind. Durch Gesetz sind ausgeschlossen:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheiten sowie
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, insbesondere der Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

Um für Ärzte und Patienten einen Anreiz zu schaffen, unnötige Verschreibungsmengen zu vermeiden und der Verschwendung von Arzneimitteln wirksam entgegenzutreten, haben Versicherte Zuzahlungen zu leisten, wenn Arznei- und Verbandmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung zu jedem Mittel 10% des Abgabepreises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Auf den Quittungsbelegen sind daher nicht nur die Zuzahlungsbeträge, sondern auch die Kosten für solche Mittel, die unterhalb der Zuzahlungsbeträge liegen, zu bescheinigen. Seit dem 01.01.1999 ist für die Versorgung mit Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten, Elementardiäten und Sondennahrung eine gesetzliche Grundlage geschaffen worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Arzneimittelrichtlinien festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen derartige Mittel ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden. Die für Arznei- und Verbandmittel vorgesehene Zuzahlung ist auch für diese Mittel zu leisten.

266 Ist ein Arznei- und Verbandmittel teurer als der hierfür festgesetzte Festbetrag, hat der Versicherte den über den Festbetrag hinausgehenden Teil des Apothekenabgabepreises zu tragen. Daher sollten die Versicherten darauf achten, ein Arznei- bzw. Verbandmittel zu erhalten, das zum Festbetrag abgegeben wird. Der Arzt ist bei der Verordnung eines Arz-

nei- und Verbandmittels, dessen Preis den Festbetrag überschreitet, verpflichtet, seinen Patienten auf die sich dadurch ergebende Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

267 Heilmittel sind insbesondere ärztlich verordnete therapeutische Dienstleistungen wie Krankengymnastik, Massagen, Sprachtherapie, insgesamt alle Dienstleistungen und sächliche Mittel, die der Heilung dienen. Die Versicherten haben Anspruch auf alle medizinisch erforderlichen, ärztlich verordneten Heilmittel. Durch Rechtsverordnung können jedoch Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmt werden, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. 10% der Kosten für ambulant erbrachte Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung, die mehrere Behandlungen umfassen kann, haben die Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, an die abgebende Stelle zu leisten. Abgebende Stelle kann auch die Arztpraxis sein.

268 Hilfsmittel dienen dem Zweck, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Zu ihnen zählen insbesondere Hörhilfen, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel. Versicherte haben Anspruch auf die medizinisch erforderlichen, ärztlich verordneten Hilfsmittel, einschließlich notwendiger Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie auf Schulung für ihren Gebrauch. So weit Hilfsmittel als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind, scheidet Ansprüche der Versicherten aus. Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis sind durch Rechtsverordnung als Kassenleistung ausgeschlossen. Zum Brillengestell zahlt die Krankenkasse seit dem 01.01.1997 keinen Zuschuss mehr. Brillengläser werden von den Krankenkassen seit dem 01.01.2004 nur noch für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für erwachsene Versicherte, die eine schwere Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen aufweisen, übernommen. Kontaktlinsen bezahlt die Krankenkasse nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Für alle Hilfsmittel sind seit dem 01.01.2004 Zuzahlungen zu leisten. Die Zuzahlung beträgt 10% des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro und ist direkt an die abgebende Stelle zu zahlen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist die Zuzahlung auf 10 Euro für den Monatsbedarf

begrenzt. Kinder bis zum 18. Lebensjahr haben keine Zuzahlungen zu Hilfsmitteln zu leisten.

### Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

269 Ein Versicherter erhält, wenn er bei einer Erkrankung im häuslichen Bereich versorgt wird, nicht nur ärztliche Behandlung. Er kann auch zur pflegerischen Betreuung häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen. Wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird, leistet die Krankenkasse als gesetzliche Pflichtleistung Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen für einen längeren Zeitraum bewilligen.

270 Häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege wird auch dann erbracht, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Kasse kann in ihrer Satzung zusätzlich zu leistende Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung vorsehen und deren Umfang und Dauer bestimmen. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen dürfen allerdings nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, da sie dann zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung gehören (§ 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Leistungen der aktivierenden Pflege dürfen nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit nur von den Pflegekassen erbracht werden (§ 11 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

271 Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. In jedem Einzelfall muss aber sorgfältig geprüft werden, ob und inwieweit der Versicherte selbst oder eine im Haushalt lebende Person technisch einfache Verrichtungen der Behandlungspflege selbst vornehmen kann. Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten. Kein Anspruch besteht in Fällen der so genannten ausgelagerten häuslichen Krankenpflege, d. h. also in Heimen oder anderen Einrichtungen, in denen der Versicherte keinen eigenen Hausstand hat. Soweit der Versicherte Leistungen



der Pflegeversicherung in stationären Pflegeeinrichtungen erhält, umfasst die Leistung der Pflegeversicherung (zunächst bis 30. Juni 2007) auch den Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Seit dem 01.01.2004 erhalten auch wohnungslose Versicherte Behandlungspflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehend in eine Einrichtung oder andere geeignete Unterkunft aufgenommen werden. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben seit dem 01.01.2004 als Zuzahlung einen Betrag in Höhe von 10% der Kosten, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten, an die Krankenkasse zu leisten.

### **Soziotherapie (§ 37a SGB V)**

272 Seit dem 1. Januar 2000 haben Versicherte einen Anspruch auf Soziotherapie. Voraussetzung hierfür ist, dass sie wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Weitere Voraussetzung ist, dass durch diese Leistung Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder dass diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall und umfasst die erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Die näheren Einzelheiten werden in Richtlinien geregelt.

273 Durch diese mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 geschaffene Leistung sollen unnötige Krankenhausaufenthalte schwer psychisch kranker Versicherter vermieden und somit unnötige Kostenbelastungen von der gesetzlichen Krankenversicherung fern gehalten werden. Diese Personen sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie einen Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Hierdurch kann es zu wiederholten Krankenhausaufenthalten kommen, die vermeidbar wären (so genannter „Drehtüreffekt“). Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben seit dem 01.01.2004 als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme einen Betrag in Höhe von 10% der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, an die Krankenkasse zu leisten.

### **Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)**

274 Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer Krankenhausbehandlung, einer am-

bulanten oder stationären Kur einschließlich einer Mütterkur eine Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Im Haushalt muss bei Leistungsbeginn ein Kind leben, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch in anderen Fällen Haushaltshilfe vorsehen und dabei Dauer und Umfang der Leistung bestimmen, wenn dem Versicherten wegen einer Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. In jedem Fall besteht der Anspruch nur, wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

275 Wie bei der häuslichen Krankenpflege kommt auch bei der Haushaltshilfe statt der Sachleistung eine Kostenerstattung in angemessener Höhe in Betracht. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grad werden keine Kosten erstattet. Unter Umständen kann eine Erstattung erforderlicher Fahrkosten und des Verdienstaufschlags erfolgen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben seit dem 1. Januar 2004 als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme einen Betrag in Höhe von 10% der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, an die Krankenkasse zu leisten.

### **Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)**

276 Kann im Krankheitsfall das Behandlungsziel nicht durch ambulante ärztliche Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden, haben Versicherte Anspruch auf stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung. Dies ist die bei weitem kostenaufwendigste Leistung in der GKV.

277 Die Krankenhausbehandlung ist eine umfassende Leistung (insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung). Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres haben für längstens 28 Tage im Jahr 10 Euro je Kalendertag an das Krankenhaus zuzuzahlen. Der einweisende Arzt hat die beiden nächst erreichbaren für die Behandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes Krankenhaus, können ihnen Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

### **Hospizversorgung (§ 39a SGB V)**

278 In Deutschland gibt es eine wachsende Anzahl von Hospizdiensten. Ziel dieser Hospize ist es, unheilbar Kranken, besonders in der letzten Lebens-



phase, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Es ist daher zu begrüßen, wenn der Hospizgedanke auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft Verbreitung und Einfluss gewinnt. Es besteht eine Chance, durch ambulante Hospiztätigkeit langfristig einen Bewusstseinswandel herbeizuführen, der jedem einzelnen wieder den Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer selbstverständlichen Sterbebegleitung gerade im häuslichen Bereich erlaubt.

279 Daneben sind aber in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Diese Hospize werden zurzeit im Wege einer Art Mischfinanzierung durch die Krankenkassen, die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe, durch Spenden und durch Eigenleistungen finanziert.

280 Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuss ihrer Krankenkasse, falls ein Aufenthalt in einem Hospiz notwendig wird. Voraussetzung ist, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist. Eine Krankenhausbehandlung ist nur dann erforderlich, wenn auf die spezifischen Einrichtungen eines Krankenhauses nicht verzichtet werden kann. Palliativ-medizinische Behandlungen erfordern aber nicht in jedem Fall die spezifischen Einrichtungen eines Krankenhauses, sondern können durchaus auch in einem stationären Hospiz erfolgen.

281 Eine Aussage darüber, welche Leistungen im Hospiz konkret erbracht werden, enthält das Gesetz nicht. In § 39a Abs. 1 SGB V wird lediglich ein Anspruch auf einen finanziellen Zuschuss festgeschrieben. Es handelt sich somit um einen Geldleistungsanspruch. Dies schließt aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen Versorgung im Hospiz als Sachleistung erbringen.

282 Ebenso ist der Begriff Hospiz nicht gesetzlich definiert worden. Vielmehr ist es Aufgabe der Vertragspartner, im Rahmen der Verträge auf Bundesebene zwischen den Krankenkassen und den Hospizverbänden Art, Umfang und Inhalt der Versorgung im Hospiz zu regeln. Auch die Frage, welche Voraussetzungen der Versicherte über die in § 39a SGB V hinaus festgelegten Kriterien im einzelnen erfüllen muss, um den Zuschuss in Anspruch nehmen zu können, ist im Rahmen dieser Verträge auf Bundesebene zu festzulegen.

283 Voraussetzung für den Zuschuss ist der Aufenthalt in einem Hospiz, in dem palliativ-medizinische

Behandlung erbracht wird, so dass sich in solchen Einrichtungen nur Personen aufhalten werden, bei denen eine solche palliativ-medizinische Behandlung im Einzelfall erforderlich ist. Vergütungsrechtliche Regelungen sind ebenfalls wegen der abzuschließenden Verträge nicht erforderlich. Auch eine Regelung der Investitionsförderung war weder beabsichtigt noch notwendig. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es nicht, die Versorgung in den Hospizen sicherzustellen. Den gesetzlichen Krankenkassen wird vielmehr nur die Aufgabe zugewiesen, einen Zuschuss zu leisten. Die Herstellung und der Ausbau der Infrastruktur wird wie schon bisher bewusst anderen überlassen.

284 Durch den im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz neu geschaffenen § 39a Abs. 2 SGB V ist neben dem bereits bestehenden Anspruch auf Zuschuss zu den Kosten bei stationärer Hospizversorgung seit dem 01.01.2002 auch eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen eingeführt worden. Die Krankenkassen fördern ambulante Hospizdienste, wenn diese mit ambulanten Pflegediensten und mit einem Arzt zusammenarbeiten, der Erfahrung in der Palliativmedizin hat. Weitere Voraussetzung ist, dass der ambulante Hospizdienst unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativmedizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegekraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann. Der finanzielle Förderumfang beläuft sich für jeden Versicherten im Jahr 2002 auf 0,15 Euro Dieser Betrag erhöht sich bis zum Jahr 2007 auf 0,4 Euro. Die Hospizbewegung wird hierdurch in die Lage versetzt, den Einsatz und die Leistungen qualifizierter ehrenamtlich Tätigen auf einer gesicherten finanziellen Grundlage durch den Einsatz fachlich geschulter Kräfte zu koordinieren.

### **Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und sonstige Leistungen zur Rehabilitation (§§ 40-43 SGB V)**

285 Reicht zur Krankenbehandlung oder zur medizinischen Rehabilitation die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt nicht aus, kann die Krankenkasse die erforderlichen Leistungen in Form einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme erbrin-

gen. Die ambulante Rehabilitationsleistung kann in einer Reha-Einrichtung erbracht werden, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. So weit es für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist, kann die ambulante Reha-Leistung auch in wohnortnahen Einrichtungen erbracht werden.

286 Wenn auch die ambulante Rehabilitationskur nicht ausreicht, kann die Krankenkasse stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung leisten, mit der sie einen entsprechenden Vertrag geschlossen hat. Hier übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten bis auf eine Zuzahlung von 10 Euro täglich für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

287 Die Rehabilitationsleistungen sollten längstens für 3 Wochen erbracht werden. Das Wiederholungsintervall beträgt vier Jahre. In medizinisch erforderlichen Fällen ist sowohl eine Verlängerung der Maßnahme als auch eine frühere Wiederholung möglich. Ein Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse besteht nach § 40 Abs. 4 SGB V allerdings nicht, wenn eine entsprechende Leistung von Rentenversicherungs- oder Unfallversicherungsträgern erbracht werden könnte. Deren Leistungen sind vorrangig.

288 Bei einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlungspflicht (10 Euro), auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. In diesem Fall werden bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen auf die 28-Tage-Begrenzung angerechnet. Unter Anschlussrehabilitation ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu verstehen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist. Dies gilt auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung beginnt; ein späterer Beginn ist möglich, wenn diese Frist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht eingehalten werden kann. Bei den Fahrkosten zur stationären Rehamassnahme übernimmt die Kasse die Kosten, abzüglich einer Zuzahlung in Höhe von 10%, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro je Fahrt.

289 Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam und einheitlich in einem Verzeichnis Indikationen festgelegt, bei denen die geringere und auf 28 Tage begrenzte Zuzahlung Anwendung findet, auch wenn es sich nicht um eine Anschlussrehabilitation im eigentlichen Sinne handelt (§ 40 Abs. 6 Satz

1 SGB V). Gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen hat sich gezeigt, dass diese günstigeren Zuzahlungsregelungen auf der Grundlage des Indikationenkatalogs der Spitzenverbände der Krankenkassen in größerem Umfang als bisher Anwendung finden. Genannt sind hier insbesondere Alkohol-, Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit oder auch psychische Erkrankungen. Verminderte Zuzahlungen gelten hiernach auch bei geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen sowie in speziellen Fällen, wenn wegen Schwere und Chronizität der Erkrankungen eine Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der Vierjahresfrist dringend erforderlich ist.

290 Die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied für Leistungen der stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen zusammen dürfen sich nur im Rahmen der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen. Basis ist das Kalenderjahr 2000.

291 Zuzahlungen sind auch bei der so genannten wohnortnahen Rehabilitation sowie bei der Erbringung von ambulanten Rehabilitationsleistungen in Reha-Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, zu zahlen.

292 Mütter können unter den oben genannten Voraussetzungen Rehabilitationsmaßnahmen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erhalten. Die Leistungen sind Regelleistungen, die jede Krankenkasse vorzusehen hat; sie werden von den Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen erbracht. Bis zum 31.07.2002 konnte jede Krankenkasse mit ihrer Satzung bestimmen, dass die Kosten für bewilligte Maßnahmen nicht voll, sondern nur anteilig übernommen wurden. Diese Möglichkeit ist durch das Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz) aufgehoben worden. Seit dem 01.08.2002 sind entsprechende von den Krankenkassen genehmigte Leistungen voll zu finanzieren. Die Versicherten haben allerdings eine Zuzahlung von 10 Euro je Kalendertag an die Einrichtung zu zahlen. Da diese Regelung nur für Versicherte gilt, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist für Kinder keine Zuzahlung zu leisten. Durch das Gesetz ist ausdrücklich klargestellt worden, dass Leistungen auch für Väter erbracht werden (Rdnr. 255).

293 Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst die Notwendigkeit der Rehabilita-

tionsmaßnahme prüfen zu lassen. Insbesondere bei Anschlussrehabilitationen können die Spitzenverbände der Krankenkassen Ausnahmeregelungen vereinbaren.

294 Darüber hinaus haben Versicherte Anspruch auf Belastungserprobung und Arbeitstherapie, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.

295 Zu den Kassenleistungen gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

296 Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation erbringen die Krankenkassen Rehabilitationssport und Funktionstraining unter ärztlicher Betreuung und weitere Leistungen zur Rehabilitation, die nicht zu den berufsfördernden Leistungen oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören, wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder noch leistet. Zu den ergänzenden Rehabilitationsleistungen zählen seit der GKV-Gesundheitsreform 2000, auch Schulungsmaßnahmen für chronisch Kranke. Dabei können auch Angehörige einbezogen werden, wenn dies medizinisch erforderlich ist.

297 Zum 01.07.2001 ist das neu geschaffene Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) in Kraft getreten. Hierdurch ist auch eine Anpassung des § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) notwendig geworden. Die Krankenkassen erbringen nach wie vor als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation ärztlich verordneten Rehabilitationssport und ärztlich verordnetes Funktionstraining. Durch die Neufassung des § 43 SGB V sind die bisherigen Ermessensleistungen jetzt Rechtsanspruchsleistungen. Die Teilnahme an Rehabilitationssport und Funktionstraining wird nicht mehr, wie in der Vergangenheit, nur gefördert, sondern die Kosten sind von den Krankenkassen zu tragen. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass diese ärztlich verordnet worden sind und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt werden. Die Ausgestaltung dieser Leistungen im Einzelnen regelt die Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.10.2003. Die gesetzlichen Krankenkassen

müssen im Rahmen dieser Gesamtvereinbarung das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.

298 Die ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit von Rehabilitationssport und Funktionstraining ist im Allgemeinen auf bis zu zwei, höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche erstreckt. Der Leistungsumfang variiert mit der Schwere der Beeinträchtigung. Dabei ist grundsätzlich eine zeitliche Begrenzung vorgesehen. Maßgeblich für eine angemessene Förderungsdauer sind die Verhältnisse des Einzelfalls. Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen in erster Linie in der Akutphase der Erkrankung „Hilfe zur Selbsthilfe“ bieten. Rehabilitationssport und Funktionstraining sind daher nicht als Dauerleistung angelegt, es sei denn, dies ist aus medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich.

### **Krankengeld (§§ 45 bis 51 SGB V)**

299 Von erheblicher Bedeutung bleibt weiterhin der Anspruch auf Krankengeld. Diese Leistung erhalten Versicherte, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkassen stationär behandelt werden. Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit entsteht der Anspruch auf Krankengeld erst von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung folgt. Damit sollen Manipulationsmöglichkeiten („rückwirkende Krankschreibung“) ausgeschlossen werden. Dies gilt für jede einzelne Arbeitsunfähigkeitszeit, also auch bei erneuter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit. Die Satzung kann für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften. So hat nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz ein Arbeitnehmer bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gegen seinen Arbeitgeber Anspruch auf Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen.

300 Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben und eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Die Leistung kann bspw. nicht erbracht werden, wenn der Ehepartner des Versicherten nicht berufstätig ist und im gemeinsamen Haushalt lebt, weil dann für die Betreuung des kranken Kindes gesorgt ist. Gleiches gilt, wenn etwa

die Großeltern oder auch andere - nicht verwandte oder verschwägerte - Personen im Haushalt leben. Auf Betreuungspersonen außerhalb des gemeinsamen Haushaltes (Verwandte, Nachbarn usw.) kann jedoch nicht verwiesen werden. Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes besteht nur für versicherte Kinder und ist daher auf die Fälle beschränkt, in denen das erkrankte Kind - bspw. aufgrund der Beantragung oder des Bezuges einer Waisenrente, einer freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung nach § 10 SGB V - gesetzlich krankenversichert ist. Die Bezugsdauer beim Kinderkrankengeld beträgt zehn Tage für jedes Kind, bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage. Mit dem doppelten Anspruch sollen Kinder alleinerziehender Versicherter gegenüber denen von Ehepaaren nicht schlechter gestellt werden. Für Versicherte mit mehr als zwei Kindern sind jedoch Grenzen gesetzt. Sie können sich maximal für 25 (Alleinerziehende 50) Arbeitstage im Kalenderjahr von der Arbeit freistellen lassen. Das Kinderpflege-Krankengeld wird gezahlt, wenn das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Ansprüche des Versicherten gegen seinen Arbeitgeber auf bezahlte Freistellung von der Arbeit gehen dem Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld vor.

#### **Kinderpflegekrankengeldgesetz / Erweiterung**

301 Seit dem 01.08.2002 ist durch das Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder für schwerstkranke Kinder, die nach ärztlichem Zeugnis nur noch eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten haben, die zeitliche Begrenzung des Kinderkrankengeldes aufgehoben worden. Die übrigen Voraussetzungen gelten auch in diesen Fällen. Für den zeitlich unbegrenzten Anspruch müssen zusätzlich die Anspruchsvoraussetzungen für stationäre und ambulante Hospizleistungen (§ 39a SGB V) vorliegen. Der Anspruch besteht damit insbesondere, wenn das Kind stationär in einem Kinderhospiz versorgt wird oder ambulante Leistungen eines Hospizdienstes erhält. Erfasst sind aber auch Fälle einer palliativ-medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus. Mit dem zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Kinderkrankengeld korrespondiert der zeitlich unbegrenzte Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung gegen den Arbeitgeber in diesen besonderen Fällen. Der Freistellungsanspruch bestand vor dem 01.08.2002 für gesetzlich Krankenversicherte bereits in dem zeitlichen Umfang, in dem auch der Anspruch auf Kinderkrankengeld gegeben

war. Ergänzend hierzu ist nunmehr geregelt worden, dass der Anspruch auf Freistellung gegen den Arbeitgeber - sowohl in den zeitlich begrenzten als auch in den unbegrenzten Fällen - ebenfalls für nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte besteht. Damit ist auch für diesen Personenkreis der arbeitsrechtliche Anspruch sichergestellt.

302 Das Krankengeld beträgt 70% des zuvor erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitsinkommens, so weit es der Beitragsberechnung unterliegt (hierunter fallen auch Einmalzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld), es darf 90% des entsprechenden Nettoarbeitsentgeltes jedoch nicht übersteigen. Es wird für Kalendertage berechnet und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren. In einem neuen 3-Jahres-Zeitraum besteht ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit nur, wenn die Betroffenen bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens 6 Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig und zudem erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen. Das Krankengeld soll somit nicht die Funktion einer Dauerrente erfüllen.

303 Das Krankengeld ruht, so weit und solange beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder -einkommen oder Lohnersatzleistungen bezogen werden, sowie bei fehlender Meldung der Arbeitsunfähigkeit und während der Elternzeit.

304 Die Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld, die bisher im Arbeitsförderungsgesetz geregelt war, ist nunmehr im SGB V geregelt. Bezieher von Arbeitslosengeld II erhalten im Falle einer Erkrankung weiter Arbeitslosengeld II solange von Erwerbsfähigkeit - in der Regel bis zu sechs Monaten - auszugehen ist. Deshalb ist der Anspruch auf Krankengeld für diesen Personenkreis ausgeschlossen.

305 Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben. Diese Frist kann die Krankenkasse auch Versicherten, die die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente

oder des Altersgeldes bei Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllen, zur Stellung eines Antrags auf diese Leistungen setzen. Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Dadurch wird sichergestellt, dass rechtzeitig Rehabilitationsmaßnahmen und Rentenantragsverfahren eingeleitet werden.

### **Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 195 bis 200 Reichsversicherungsordnung)**

306 Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln ohne Zuzahlungen,
- stationäre Entbindung, für die Zeit nach der Entbindung bis zu 6 Tage (ohne Zuzahlung),
- häusliche Pflege, so weit eine im Haushalt lebende Person diese nicht im erforderlichen Umfang übernehmen kann sowie
- Haushaltshilfe, so weit der Versicherten die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

307 Zu den Leistungen zählt auch das Mutterschaftsgeld für Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz kein Arbeitsentgelt gezahlt wird.

308 Für abhängig Beschäftigte wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt, höchstens jedoch 13 Euro für den Kalendertag, gezahlt. Übersteigt das Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder vom Bund nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Andere Versicherte erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes.

309 Der Zeitraum für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes beginnt 6 Wochen vor der Entbindung und endet 8 Wochen (bei Mehrlings- und Frühgeburten 12 Wochen) nach der Entbindung. Bei Frühgeburten verlängert sich der Zeitraum zusätzlich um den Zeitraum, der wegen der Frühgeburt nicht in Anspruch genommen werden konnte. Versicherte ohne Anspruch auf Mutterschaftsgeld erhielten bis zum

31.12.2003 nach der Entbindung ein Entbindungsgeld von 77 Euro. Durch das zum 01.01.2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist diese Leistung gestrichen worden.

### **Sonstige Hilfen (§§ 24a und 24b SGB V)**

310 Hierzu zählt die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der erforderlichen Untersuchung und der Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, so weit sie ärztlich verordnet werden.

311 Die Kassen erbringen außerdem alle erforderlichen Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch. Nicht rechtswidrig ist ein Schwangerschaftsabbruch, der nicht gegen geltende Strafbestimmungen verstößt. Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist klargestellt, dass ein medikamentöser Abbruch einem operativen Abbruch gleich gestellt ist. Damit ist auch die Übernahme der Kosten für das Arzneimittel Mifegyne (vormals RU 486) geregelt.

### **Leistungen zur künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V)**

312 Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Die Übernahme der Kosten einer künstlichen Befruchtung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch beschränkt. Durch das zum 01.01.2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist der Anspruch eingeschränkt worden. Seit diesem Zeitpunkt werden nur noch drei statt vier Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft von den Krankenkassen anteilig übernommen. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen beträgt 50 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten. Die Eigenbeteiligung der Versicherten in Höhe der Hälfte der Kosten gilt nicht als Zuzahlung und bleibt bei der Berechnung der Belastungsgrenze für die Befreiung von Zuzahlungen unberücksichtigt. Zur künstlichen Befruchtung gehört auch die hormonelle Stimulationsbehandlung. Die hormonelle Stimulationsbehandlung beinhaltet u. a. die Verordnung der entsprechenden Arzneimittel und die Beratung der Frauen über die Anwendung dieser Arzneimittel. Die Kosten für Arzneimittel bei der Stimulationsbehandlung betragen ca. 30% der



Gesamtkosten der künstlichen Befruchtung. Da die hormonelle Stimulationsbehandlung ein untrennbarer Teil der künstlichen Befruchtung ist, werden auch die Kosten für die zur Durchführung der hormonellen Stimulationsbehandlung verordneten Arzneimittel nur zu 50% von der Krankenkasse übernommen. Die Neuregelung des § 27a des SGB V sieht vor, dass der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen ist. Die mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden, übernimmt die Krankenkasse zu 50%. Im Übrigen bleibt der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, wie nach bislang geltendem Recht, beschränkt auf Eheleute; außerhalb der Ehe werden Leistungen für künstliche Befruchtung von den Kassen nicht bezahlt. Die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung müssen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sein und eine hinreichende Aussicht auf Erfolg versprechen. Die Ehegatten müssen sich zuvor einer Beratung unterziehen. Außerdem dürfen nur Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (so genannte homologe Insemination). Die Durchführung der künstlichen Befruchtung ist nach § 121 a SGB V nur durch bestimmte Ärzte und Einrichtungen zulässig, denen die zuständige Landesbehörde eine entsprechende Genehmigung erteilt hat.

### Sterbegeld (§§ 58, 59 SGB V)

313 Durch das zum 01.01.2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist das Sterbegeld gestrichen worden. Dieser Zuschuss zu den Bestattungskosten war bis zum In-Kraft-Treten des GMG von den Krankenkassen gezahlt worden, wenn der Verstorbene am 01.01.1989 versichert war. Der Bestattungskostenzuschuss war dem Grunde nach eine versicherungsfremde Leistung, da er nach dem Tode dessen, von dem er abgeleitet wird, an einen Dritten gezahlt wurde. Da das Sterbegeld bereits vor dem In-Kraft-Treten des GMG zum 1. Januar 2004 nur gezahlt wurde, wenn der Verstorbene am 01.01.1989 versichert war, handelte es sich um eine „auslaufende Leistung“. Die Hinterbliebenen aller, die nach diesem Zeitpunkt in der GKV versichert worden sind, konnten bereits vor dem 1. Januar 2004 einen solchen Zuschuss nicht mehr erhalten. Die Streichung des Sterbegeldes für Mitglieder und Familienversicherte war als Solidarbeitrag zur Stabilisierung der finanziellen Situation der GKV erforderlich.

### Fahrkosten (§ 60 SGB V)

314 Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind,

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung,
- bei Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenkraftwagen, d. h. in einem Fahrzeug, das für Krankentransport oder Notfallrettung besonders eingerichtet und hierfür zugelassen ist sowie
- bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Bei mehrmals erforderlichen Behandlungsterminen innerhalb eines Leistungsfalles ist die Eigenbeteiligung des Versicherten auf die erste und die letzte Fahrt beschränkt.

315 Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Als Fahrkosten werden bei öffentlichen Verkehrsmitteln der Fahrpreis anerkannt, im Übrigen die nach den Vorschriften über die Versorgung mit Krankentransportleistungen nach § 133 SGB V berechnungsfähigen Beträge, bei Benutzung eines privaten Kfz der jeweilige Höchstsatz nach dem Bundesreisekostengesetz, höchstens jedoch die Kosten für ein erforderliches Transportmittel. Für den Rücktransport aus dem Ausland übernimmt die Krankenkasse keine Kosten.

316 Die bis zum 31.12.2003 bestehende Möglichkeit der Fahrkostenübernahme auch bei ambulanter Behandlung in so genannten Härtefällen nach § 61 SGB V wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aufgehoben. Stattdessen bestimmt die neue Vorschrift, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen und nur in ganz besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen werden dürfen. Durch das GMG wurde dem zum 01.01.2004 neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss



die Aufgabe zugewiesen, diese Ausnahmefälle in Richtlinien festzulegen. Nach den Richtlinien sind Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung weiterhin verordnungsfähig für Patienten, bei denen diese aufgrund der Krankheit oder der notwendigen Behandlung zwingend medizinisch notwendig sind. Dies gilt z. B. für Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie. Fahrten zur ambulanten Behandlung können auch übernommen werden für schwer in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten, wenn diese

- einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BL und H besitzen, oder
- bei denen Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III vorliegt, oder
- wenn eine ärztliche Bescheinigung der vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt.

317 Daneben hat das GMG zu einer Änderung der Zuzahlungen bei der Leistungsanspruchnahme von Fahrkosten geführt. Auch hier gilt die allgemeine Zuzahlungsregelung. Die Versicherten haben daher für jede Leistung 10 v. H. der Kosten, mindestens aber 5 Euro und maximal 10 Euro und nicht mehr als die tatsächlichen Fahrkosten zu tragen. Nach altem Recht wurden Fahrkosten für Versicherte, die nicht als Härtefälle von den Zuzahlungen befreit waren, nur übernommen, wenn die Kosten je Fahrt 13 Euro überstiegen. Die Versicherten waren somit bis zum 31.12.2003 mit bis zu 13 Euro je Fahrt an den Kosten beteiligt. Ab dem 01.01.2004 beträgt die Zuzahlung nur noch maximal 10 Euro je Fahrt.

Darüber hinaus ist auch die Zuzahlung bei Fahrkosten durch die Einbeziehung in die so genannte Überforderungsklausel sozial abgefedert.

### **Zuzahlungen, Belastungsgrenze**

318 An den Kosten bestimmter Leistungen haben sich die Versicherten zu beteiligen. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Versicherte durch seinen Kostenanteil zu einer kostenbewussten und verantwortungsvollen Inanspruchnahme von Leistungen angeregt wird. Vor allem aber dient die Eigenbeteiligung dazu, Finanzmittel für die Krankenkassen zu erschließen. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) hat die Zuzahlungsregelungen grundlegend neu gestaltet. Grundsätzlich zahlen

Versicherte Zuzahlungen in Höhe von 10%, mindestens jedoch 5, Euro und höchstens 10 Euro. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten.

319 Bei einigen Leistungen, die bislang zuzahlungsfrei von der GKV erbracht wurden, sind ab dem 01.01.2004 auch Zuzahlungen in der oben angeführten Höhe zu entrichten. Neu durch das GMG eingeführt wurde die Zuzahlung bei ärztlicher Behandlung, die so genannte Praxisgebühr. Versicherte haben je Quartal bei jedem ersten Arztbesuch eine solche Zuzahlung in Höhe von 10 Euro zu entrichten. Besondere Zuzahlungsregelungen bestehen für die Bereiche der stationären Behandlung (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Krankenhausbehandlung einschließlich Anschlussheilbehandlung) und der Heilmittel, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrkosten.

320 Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass Kranke und Behinderte die medizinisch notwendige Versorgung in vollem Umfang erhalten und durch gesetzliche Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden.

321 Auch die Regelungen über die Befreiung von Zuzahlungen sind durch das GMG modifiziert worden.

### **Zu den Befreiungsmöglichkeiten / Belastungsgrenzen (§ 62 SGB V) im Einzelnen:**

322 Seit dem 01.01.2004 hat jeder Versicherte in jedem Kalenderjahr Zuzahlungen höchstens bis zur Belastungsgrenze in Höhe von 2% seiner jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu entrichten. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen gibt es nicht mehr.

323 Die Belastungsgrenze beträgt 2% der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen - denn für jeden Familienangehörigen wird auch ein Freibetrag berücksichtigt. Für Kinder wird ein erhöhter Freibetrag berücksichtigt. Diese Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus. Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15% der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dies sind

im Jahr 2006 4.410 Euro, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10% der jährlichen Bezugsgröße; im Jahr 2006 sind dies 2.940 Euro. Der Freibetrag für Kinder beträgt 3.648 Euro. Bei Alleinerziehenden gilt das Kind als erster Angehöriger, so dass der höhere Freibetrag (4.410 Euro) in Abzug gebracht wird. Der Anwendungsbereich der 10 Prozent-Regelung für weitere Angehörige hat nur noch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte Bedeutung.

324 Die Versicherten und ihre berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartner und Kinder haben die ihnen im laufenden Kalenderjahr entstehenden Zuzahlungen zu dokumentieren. Die Krankenkassen sind verpflichtet, denjenigen, die die Belastungsgrenze während eines Kalenderjahres erreicht haben, einen Befreiungsbescheid für den Rest dieses Jahres auszustellen.

325 Im Gegensatz zum früheren Recht gilt die Belastungsgrenze für sämtliche Zuzahlungen, also z. B. auch für die Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung oder bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die bislang hierbei nicht berücksichtigt wurden.

### **Heranziehung des Familienbruttoeinkommens**

326 Die Zugrundelegung des Familienbruttoeinkommens bei den Belastungsgrenzen spiegelt im Regelfall die wachsende finanzielle Belastbarkeit des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen wider und trägt zur finanziellen Entlastung der GKV bei; insbesondere dann, wenn die im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichert sind.

327 Zu den Familienangehörigen zählen neben den Kindern der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Versicherten, nicht jedoch der Verlobte, der nicht eheliche Lebensgefährtin oder der geschiedene Ehegatte. Eine Berücksichtigung des Einkommens des mit dem Versicherten in einem eheähnlichen Verhältnis lebenden Partners ist nicht vorgesehen, da dieses zu nicht praktikablen Ergebnissen führen und viele rechtliche Fragen im Hinblick auf den fehlenden Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Lebensgefährten gegen seinen Partner aufwerfen würde.

328 Ehegatten sind einander gemäß § 1360 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zur Unterhaltsleistung

verpflichtet. Auf den Unterhaltsanspruch kann gemäß § 1614 Abs. 1 BGB für die Zukunft nicht verzichtet werden. Gleiches gilt für die Unterhaltsansprüche von Verwandten in gerader Linie (§ 1601 BGB). Daher gilt die Vermutung, dass diese Unterhaltspflicht unter Ehegatten und zwischen Verwandten in gerader Linie auch tatsächlich erfüllt wird. Für die Partner einer rechtlich nicht geregelten Lebensgemeinschaft bestehen keine Unterhaltspflichten. Angesichts dieses Unterschiedes zwischen Ehegatten und Partnern eheähnlicher Lebensgemeinschaften ist es nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts nicht von Verfassungs wegen geboten, eine generelle Gleichstellung von eheähnlichen Gemeinschaften und Ehen vorzunehmen.

329 Durch das Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften sind Lebenspartner die in eingetragenen Partnerschaften leben den Ehegatten gleichgestellt worden.

330 Zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ gehören grundsätzlich alle Einnahmen wie Arbeitsverdienst, Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit, Renten, Mieten, Kapitalerträge usw.; also auch Einnahmen, von denen Pflichtversicherte keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen haben. Unberücksichtigt bleiben jedoch Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz und bis zu einer bestimmten Höhe Grundrenten, die Beschädigte (nicht deren Hinterbliebene) nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden.

331 Maßgebend sind immer die Bruttoeinnahmen, da im Krankenversicherungsrecht regelmäßig das Bruttoeinkommen als Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herangezogen wird. So ist bei der Bemessung der Beiträge der Mitglieder die Höhe der Bruttoeinkünfte Grundlage für die Festlegung der Beitragshöhe. Für die Beurteilung, ob die Belastungsgrenze erreicht ist, wird daher nicht auf einen anderen Maßstab (Nettoeinkünfte) zurückgegriffen. Denn sonst würden Versicherte mit hohen Bruttobezügen und geringen Nettoeinkünften einerseits zwar mit hohen Beiträgen belegt, andererseits aber bei den Zuzahlungen als weniger belastbar eingestuft. Der Gesetzgeber hat sich daher dafür entschieden, gleiche Kriterien anzuwenden; dies ist z. B. bei Selbständigen von Bedeutung, die nicht selten über hohe Brut-

toeinkünfte verfügen, jedoch geringe Nettoeinkünfte nachweisen können. Steuerrechtliche Vergünstigungen bleiben außer Betracht. Renten werden aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung mit dem Zahlbetrag und nicht nur mit dem Ertragsanteil berücksichtigt.

### Besonderheiten bei chronisch Kranken

332 Der Gesetzgeber ist sich der besonderen Situation von chronisch Kranken bewusst und hat dementsprechend eine Sonderregelung für diesen Personenkreis geschaffen.

333 Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine geringere Belastungsgrenze von nur 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt.

334 Nach diesen Richtlinien gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht/Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60%.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

335 Die Feststellung, ob ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr diese Belastungsgrenze erreichen, können sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer

Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie.

### Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

336 Für die nach bisherigem Recht vollständig von Zuzahlungen befreiten Empfänger von Fürsorgeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, der Kriegsopferfürsorge oder dem Grundsicherungsgesetz hat das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung getroffen. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 SGB V).

337 Die Hilfeempfänger haben die jeweiligen Zuzahlungen aus dem Regelsatz selbst zu tragen. Eine Aufstockung des Regelsatzes erfolgt nicht. Der Regelsatz (in den westlichen Bundesländern bei derzeitigem monatlichen Regelsatz von zumeist 345 Euro ohne einmalige Leistungen) beträgt 4.140 Euro je Kalenderjahr. Auf dieser Grundlage haben Sozialhilfeempfänger seit dem 01.01.2004 für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen je Kalenderjahr zu leisten:

Bei 1 % Zuzahlung (Chroniker)	41,40 EUR
Bei 2 % Zuzahlung („Normalfall“)	82,80 EUR

338 Diese Sonderregelung gilt auch für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis (Sozialhilfeempfänger, bei denen die Gesundheitsversorgung durch die GKV übernommen wird und Empfänger von laufenden Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes). D. h., dass als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgeblich ist.

339 Die von der Regelung Betroffenen können mit den Sozialhilfeträgern eine darlehensweise Übernahme der Zuzahlung vereinbaren und so die Belastung über mehrere Monate verteilen. Für Personen, die zu Lasten der Sozialhilfe in einem Heim leben (so genannte „Taschengeldempfänger“) ist die darle-

hensweise Übernahme der Zuzahlungen durch den Sozialhilfeträger gesetzlich vorgegeben. Mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3305) ist eine entsprechende Ergänzung des § 35 SGB XII geschaffen worden, die zum 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist. Nach dieser Regelung gewährt der Träger der Sozialhilfe den Betroffenen ein Darlehen in Höhe der maximalen Zuzahlungen bis zur jeweiligen Belastungsgrenze (1 oder 2%) und zahlt diesen Betrag unmittelbar an die zuständige Krankenkasse aus. Im Gegenzug stellt die Krankenkasse jeweils zum 1. Januar eines Jahres den betroffenen Taschengeldempfängern eine Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung aus. Die Rückzahlung des Darlehens durch den Taschengeldempfänger an den Sozialhilfeträger erfolgt in gleich hohen Teilbeträgen, verteilt über das gesamte Kalenderjahr.

340 Ausschließlich für den oben angeführten Personenkreis sieht das neue Recht eine besondere Überforderungsregelung vor. Für alle anderen Versicherten wird der Schutz vor Überforderung durch die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sichergestellt. In den Fällen, in denen keine Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festgestellt werden können, wenden die Krankenkassen allerdings ebenfalls die niedrigeren Belastungsgrenzen wie für Sozialhilfeempfänger an.

### **Bonusregelung (§ 65a SGB V)**

341 Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass die Krankenkassen seit dem 1. Januar 2004 in ihren Satzungen besondere Bonusmodelle für gesundheitsbewusstes Verhalten vorsehen können.

Die entsprechende Vorschrift des § 65a SGB V enthält auch die Möglichkeit, dass die Krankenkassen Arbeitgebern und Versicherten bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus anbieten können.

342 Durch die Gesetzesänderungen zum 1. Januar 2004 wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Anreize für besonders gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten zu schaffen. Maßnahmen der Vorsorge können helfen, die individuelle Gesundheit zu erhalten und zu bessern und damit dazu beitragen, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren.

## **Ökonomische Steuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung**

### **Grundsatzfragen der ökonomischen Steuerung**

#### **Gesundheitspolitische Prioritäten und wirtschaftliche Mittelverwendung**

343 Der steile Anstieg der Ausgaben für die medizinische Versorgung, der nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen vergleichbaren Industrieländern die gesundheitspolitische Diskussion der vergangenen Jahre prägte, hat deutlich gemacht, dass es auch im Gesundheitswesen Grenzen der Finanzierbarkeit gibt. Die Gesundheitspolitik musste sich den damit verbundenen Fragen stellen. Sie musste insbesondere auf die folgenden grundlegenden Fragen Antworten geben:

- Wie viel soll im Rahmen eines durch Beiträge finanzierten sozialen Sicherungssystems, der GKV, für die medizinische Versorgung der Versicherten aufgewendet werden?
- Welche gesundheitspolitischen Prioritäten sollen für die Verwendung dieser Mittel gelten?
- Wie kann eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel sichergestellt werden, um damit den größtmöglichen gesundheitlichen Effekt zu erzielen?

344 In mehreren Gesetzgebungsvorhaben wurden die Voraussetzungen zur Erfüllung dieser Steuerungsaufgaben verbessert:

- Durch den gesetzlich vorgegebenen Grundsatz der Beitragssatzstabilität wurde der Umfang der im Rahmen der GKV über Solidarbeiträge aufzubringenden Mittel für die medizinische Versorgung an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder der Krankenversicherung orientiert.
- Durch den Ausbau des Instrumentariums der ökonomischen Steuerung wurden die Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der verfügbaren Mittel – und damit für die Gewährleistung eines hohen qualitativen Leistungsniveaus der medizinischen Versorgung – verbessert.

345 Das Bemühen um eine wirtschaftliche Mittelverwendung steht keineswegs im Widerspruch zum

Ziel einer optimalen medizinischen Versorgung. Angesichts der notwendigen Begrenzung der für das Gesundheitswesen verfügbaren finanziellen Mittel ist eine wirksame ökonomische Steuerung vielmehr eine unabdingbare Voraussetzung, um eine medizinische Versorgung mit einem hohen Leistungs- und Qualitätsstandard gewährleisten zu können.

### **Ordnungspolitische Alternativen:**

#### **Marktsteuerung und staatliche Regulierung**

346 In der Diskussion über die Reform des Gesundheitswesens werden von Vertretern marktwirtschaftlicher Steuerungsmodelle auf der einen und Anhängern staatlicher Regulierung auf der anderen Seite grundsätzliche Alternativen zu dem im System der GKV historisch gewachsenen Konzept einer Steuerung durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen und ihrer Verbände vertreten. Der Gesetzgeber hat sich jedoch für die Weiterentwicklung des im Grundsatz bewährten, am Selbstverwaltungsprinzip orientierten Steuerungskonzepts entschieden.

347 Die Erfahrungen mit staatlich organisierten Gesundheitssystemen zeigen, dass die gesundheitliche Versorgung dort erhebliche qualitative Mängel aufweist. Die Möglichkeiten des Patienten unterliegen ebenso wie die Ausübung der Gesundheitsberufe erheblichen Einschränkungen. Zentralisierte Budgetierungsverfahren bieten keine Gewähr für mehr Wirtschaftlichkeit. Vielmehr besteht die Gefahr, dass unwirtschaftliche Strukturen konserviert werden.

348 Auf der anderen Seite sind reine Marktmodelle mit der sozialen Schutzfunktion der GKV nicht vereinbar. Der soziale Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen jungen und alten Menschen, Ledigen und Familien mit Kindern, Beziehern höherer und niedriger Einkommen ist elementarer Bestandteil der GKV. Diese Umverteilungsfunktionen können von einem Marktssystem nicht geleistet werden. Marktwirtschaftliche Modelle verkennen darüber hinaus zumeist die Besonderheiten des Gesundheitswesens. Konsumentensouveränität – eine elementare Voraussetzung für einen funktionierenden Marktmechanismus – ist in weiten Bereichen der gesundheitlichen Versorgung nicht voll erreichbar. Ein reines Marktmodell würde die Steuerungsfunktion der Selbstverwaltung außer Kraft setzen, die Qualität der medizinischen Versorgung gefährden und die Durchsetzung gesundheitspolitischer Prioritäten erschweren.

### **Steuerung der Gesundheitsausgaben**

#### **Das Konzept der globalen Ausgabensteuerung**

349 Die globale Ausgabensteuerung (Grundsatz der Beitragssatzstabilität / Budgetierung) ist Ausdruck einer politischen Entscheidung über den Umfang der Mittel, die im Rahmen der GKV für die medizinische Versorgung eingesetzt werden sollen. Der Gesetzgeber hat damit eine Zielvorgabe formuliert, die als finanzierungspolitische Rahmenbedingung, insbesondere beim Abschluss von Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, zu beachten ist. Im Kern besagt dieser Grundsatz, dass die Ausgaben der Krankenkassen nicht stärker steigen sollen als die Einkommen der beitragszahlenden Versicherten.

350 Mit dieser Globalsteuerung der Krankenversicherungsausgaben soll zum einen die Belastung der Beitragszahler – Versicherte und Arbeitgeber – in volkswirtschaftlich vertretbaren Grenzen gehalten werden; zum anderen soll ein ausreichender Finanzierungsspielraum eröffnet werden, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten und die Umsetzung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten.

351 Zugleich wird durch die Begrenzung des verfügbaren Finanzierungsspielraums ein verstärkter Anreiz geschaffen, die bestehenden Einsparungsmöglichkeiten und Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen auszuschöpfen und damit die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern.

352 Die globale Ausgabensteuerung beinhaltet keinen starren Budgetierungsmechanismus. Die Ausgabenentwicklung in den verschiedenen Leistungsbereichen wird nicht nach einem einheitlichen Maßstab fortgeschrieben. Für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung bspw. gelten andere Kriterien als für den Krankenhaussektor. Um zu gewährleisten, dass die Ausgabenbegrenzung keine negative Auswirkungen auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der GKV haben, sind vom Gesetzgeber im Zeitablauf einige Anpassungen vorgenommen worden: so sieht das Gesetz zur Modernisierung der GKV (GMG) z. B. vor, dass die Finanzierung neuer diagnostischer oder therapeutischer Leistungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich erleichtert wird.



### **Angebots- und nachfrageorientierte Steuerungsinstrumente**

353 Die finanzielle Globalsteuerung in der GKV wird ergänzt und flankiert durch eine Reihe von Steuerungsinstrumenten, die sowohl die Nachfrager – die Versicherten – als auch die Anbieter von Gesundheitsleistungen, das heißt Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und andere, zu einem wirtschaftlichen Verhalten veranlassen sollen.

354 Der weitestgehende Ansatz auf der Nachfrageseite ist der Ausschluss von Leistungen, die nicht von der Solidargemeinschaft zu finanzieren sind, weil sie eher Konsumcharakter haben und vom Versicherten selbst bezahlt werden sollen. Ein weiterer Ansatz ist die Selbstbeteiligung der Versicherten - differenziert für die unterschiedlichen Leistungsbereiche und verbunden mit flankierenden Maßnahmen wie Ausnahmeregelungen, Härtefall- und Überforderungsklauseln (z. B. Praxisgebühr; Zuzahlungen für Arzneimittel). Schließlich kann über die Zahlung von Boni Einfluss auf das Nachfrageverhalten der Versicherten genommen werden; gefördert werden kann so bspw. die Inanspruchnahme bestimmter (gewünschter) Leistungen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme an bestimmten Versorgungsformen (z. B. Integrierte Versorgung).

355 Eine Nachfragesteuerung ist jedoch nur sinnvoll in Verbindung mit einer angebotsorientierten Ausgabensteuerung, da entscheidende Impulse für die Ausgabenentwicklung in der GKV von der Angebotsseite ausgehen.

356 Die Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite zielen auf die verschiedenen Faktoren, die die Wirtschaftlichkeit, die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung bestimmen. Die geltenden gesetzlichen Regelungen einer angebotsorientierten Ausgabensteuerung in der GKV können in folgenden Kategorien zusammengefasst werden:

357 Die erste Kategorie umfasst Maßnahmen, die den Umfang der im medizinischen Versorgungssystem eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen steuern, wie die Bedarfsplanung für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. Der Zusammenhang zur Entwicklung der GKV-Ausgaben ergibt sich aus der Theorie der angebotsinduzierten Nachfrage, die davon ausgeht, dass eine Ausweitung der Leistungskapazität im Gesundheitswesen, insbesondere eine

steigende Zahl von Ärzten, zu einem erhöhten Leistungsumfang und steigenden Ausgaben führt.

358 Der zweiten Kategorie können die Regelungen zugerechnet werden, die die Leistungsstrukturen des Versorgungssystems mit dem Ziel einer Effizienzsteigerung verändern und damit ebenfalls mittelbare Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung in der GKV haben. Zu nennen sind u. a. die Regelungen zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, wie die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus und die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen und für bestimmte weitere ambulante Leistungen, sowie die Regelung zur Förderung der hausärztlichen Versorgung oder der integrierten Versorgung.

359 Eine dritte Kategorie von Maßnahmen und Mechanismen richtet sich auf eine direkte Ausgabensteuerung in der GKV. Diese Regelungen können nach ihrem Ansatzpunkt unterschieden werden: Sie beeinflussen einzelne oder mehrere Ausgabenkomponenten (Preis, Menge, Struktur) Zu dieser Kategorie gehören insbesondere die Vergütungsregelungen, die mit ökonomischen Anreizen für das Verhalten der Leistungserbringer verbunden sind, sowie die Regelungen zur Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung der Ärzte / Zahnärzte und der Krankenhäuser.

### **Kosten- und Leistungstransparenz / Datenschutz**

#### **Datentransparenz**

360 Die Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung der GKV benötigen für ihre Entscheidungen verlässliche Daten. Die Regelungen zur Datentransparenz dienen dazu, auf der Basis des aktuellen Leistungsgeschehens unter Wahrung des Datenschutzes für die Versicherten eine solide Datengrundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu schaffen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden eine Reihe von Regelungen getroffen, um die Verfahren zur Erfassung, Übermittlung und Auswertung steuerungsrelevanter Leistungs- und Kostendaten unter strikter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen zu verbessern. Zur Umsetzung dieser Regelungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung inzwischen eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz gebildet, die vor allem die Voraussetzungen für eine pseudonymisierte kassenarten- und sektorenübergreifende Zusammenführung



der Leistungs- und Abrechnungsdaten der GKV schaffen soll. Damit wurden erste Schritte zur Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens eingeleitet.

### **Krankenversichertenkarte**

361 Alle Versicherten in der GKV – Mitglieder und Familienangehörige – erhalten von ihrer Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte. Diese dient zum Nachweis der Berechtigung zur Leistungsanspruchnahme sowie als Datenträger für die notwendigen Angaben zur Person des Versicherten (z. B. Name, Anschrift, Krankenversichertennummer). Die Krankenversichertenkarte ermöglicht eine rationelle elektronische Übertragung dieser Angaben auf die verschiedenen von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern verwendeten Formulare, zum Beispiel Abrechnungsscheine und Verordnungsformulare. Eine Vielzahl von Verwaltungsvorgängen kann hierdurch vereinfacht werden, wobei die entsprechenden Verfahren gesetzlich geregelt und datenschutzrechtlich abgesichert sind. Um die eindeutige Zuordnung der Krankenversichertenkarte zum Karteninhaber zu verbessern und eine missbräuchliche Verwendung der Karte zu erschweren, sieht das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Erweiterung der Krankenversichertenkarte um ein Lichtbild sowie die Angabe des Geschlechts vor.

362 Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden zudem die Voraussetzungen dafür geschaffen, die Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte weiterzuentwickeln. Diese soll neben der Speicherung der Angaben zur Person des Versicherten u. a. auch ermöglichen, Daten ärztlicher Verordnungen elektronisch zu übermitteln (e-Rezept) sowie Notfalldaten des Versicherten auf dessen Wunsch zu speichern. Vor ihrer flächendeckenden Einführung wird die elektronische Gesundheitskarte zunächst in ausgewählten Regionen einem Praxistest unterzogen.

### **Auskünfte an Versicherte**

363 Da infolge des in der GKV geltenden Sachleistungsprinzips (Rdnr. 235) die Abrechnung in Anspruch genomener Leistungen in der Regel nicht mit den Versicherten, sondern entweder direkt mit den Krankenkassen oder in der ambulanten ärztlichen Versorgung über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, erhalten die Versicherten nicht „automatisch“

Kenntnis über die abgerechneten Leistungen und die damit verbundenen Kosten.

364 Die Versicherten können jedoch von ihrer Krankenkasse Auskunft über die von ihnen jeweils in den letzten beiden Kalenderjahren in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten verlangen (§ 305 Abs. 1 SGB V). Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde zudem die so genannte „Patientenquittung“, eine für Laien verständliche Kosten- und Leistungsinformation, eingeführt (§ 305 Abs. 2 SGB V). Danach haben Ärzte und Zahnärzte die Versicherten auf deren Verlangen – entweder direkt im Anschluss an die Behandlung oder quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals – schriftlich in verständlicher Form über die von ihnen zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch genommenen Leistungen und deren voraussichtliche Kosten zu unterrichten. Darin listet der Arzt oder Zahnarzt die Leistungen auf, die erbracht wurden, sowie – aufgrund des geltenden Abrechnungssystems mit Punktwertschwankungen – die voraussichtlich entstandenen Kosten. Auch die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Versicherten auf deren Verlangen spätestens 4 Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung schriftlich und in verständlicher Form über die während der Krankenhausbehandlung erbrachten und mit der Krankenkasse abgerechneten Leistungen zu informieren

### **Datenschutz**

365 Das Bundesverfassungsgericht hat in einer grundlegenden Entscheidung, dem so genannten Volkszählungsurteil vom 15.12.1983 (BVerfGE 65, S. 1 ff), entschieden, dass der Bürger grundsätzlich selbst über die Verwendung seiner persönlichen Daten bestimmen soll. Das Bundesverfassungsgericht leitet dieses Recht aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Art. 1 Abs. 1 GG ab. Ausnahmen von diesem Recht auf informationelle Selbstbestimmung bedürfen einer gesetzlichen Regelung und sind an enge Voraussetzungen gebunden.

366 In der GKV werden auch Gesundheitsdaten, also besonders sensible Daten der Versicherten, erhoben und verarbeitet. Zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtung, Leistungen nur zu erbringen, wenn sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, benötigen die Beteiligten Daten über die medizinische Versorgung der Versicherten. Auf der Grundlage des oben erwähnten Urteils des Bundesverfassungs-

gerichts sind im SGB V bereichsspezifische Regelungen über Voraussetzungen, Verfahren, Umfang sowie Grenzen der für die Aufgaben der GKV zulässigen Erhebung und Verarbeitung von Daten normiert. In diesen Regelungen werden Umfang und Zwecke der Datenverarbeitung bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung sowie die Verpflichtung und Befugnis der Leistungserbringer, zum Beispiel der Ärzte, Daten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln, festgelegt. Mit der Einführung der finanziellen Förderung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Krankheiten über den Risikostrukturausgleich erhalten die Krankenkassen mit Einwilligung des Versicherten zur Steuerung der Programme auch Behandlungsdaten vom behandelnden Arzt. Die Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten wird auf den jeweils erforderlichen Umfang begrenzt und einer strengen Zweckbindung unterworfen. Alle Daten sind entsprechend den im Gesetz festgelegten Fristen zu löschen, sobald sie für den Zweck, für den sie erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr benötigt werden.

#### **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

367 Seit 1986 wurde zur Begutachtung der Entwicklung im Bereich des Gesundheitswesens und insbesondere der GKV ein unabhängiger Sachverständigenrat eingerichtet, der zunächst die bis 2003 im SGB V vorgesehene Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen sollte. Da die Konzertierte Aktion - ein Gremium aus den wesentlichen Entscheidungsträgern von Bund, Ländern sowie den maßgeblichen Organisationen des Gesundheitswesens - seit 1995 nicht mehr zusammengetreten war, wurde sie mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aufgelöst. Die Bezeichnung des Gremiums wurde in „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ umgewandelt. Der Rat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Ihm gehören Mediziner, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler an und er hat den Auftrag,

- die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
- unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaft-

lichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,

- Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen und
- Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

368 Der Sachverständigenrat umfasst 7 Mitglieder und hat eine eigene Geschäftsstelle. Er hat in den bisher vorgelegten 13 Gutachten eine Bestandsaufnahme des medizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Neben der Analyse der aktuellen Entwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen (ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln) wurden die wesentlichen Bestimmungsfaktoren des Leistungsgeschehens – Altersentwicklung, Morbidität, Mortalität, Angebotsstruktur, Inanspruchnahme sowie wirtschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen – untersucht. Darüber hinaus hat der Rat Vorschläge zur Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems vorgelegt, insbesondere zur allgemein- und fachärztlichen ambulanten Versorgung, zur Arzthonorierung und zur Krankenhausfinanzierung sowie zur Reform der Organisations- und Finanzierungsstrukturen der GKV. Auch der Aufbau des Gesundheitswesens im Beitrittsgebiet und die Auswirkungen der Europäischen Union auf das deutsche Gesundheitssystem wurden analysiert.

369 Anstelle der bis dahin üblichen Jahresgutachten hat der Bundesminister für Gesundheit dem Sachverständigenrat erstmals Anfang 1993 den Auftrag für ein Sondergutachten erteilt, das vor dem Hintergrund der demographischen, medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung Vorschläge für die langfristige Weiterentwicklung der GKV erarbeiten sollte. Dabei standen insbesondere Fragen der Prävention, der Beitragsgestaltung, der Vertragsbeziehungen sowie des Leistungskatalogs im Vordergrund. Ein weiteres Sondergutachten, das die Wachstums- und Beschäftigungswirkungen des Gesundheitswesens und seiner Finanzierung in der Bundesrepublik Deutschland näher untersuchte, wurde 1997 vorgelegt. Schwerpunktthema eines Sondergutachtens, das Mitte 2000 vorgelegt wurde, war die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen unter den Aspekten der Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen. Im

Jahr 2001 hat der Sachverständigenrat ein mehrere Teile umfassendes Gutachten zur Ermittlung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen im deutschen Gesundheitswesen insbesondere im Bereich der Prävention sowie bei der Diagnose und Therapie wichtiger chronischer Erkrankungen vorgelegt und entsprechende Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Außerdem wurden Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Arzneimittelversorgung analysiert und Vorschläge zur Ausschöpfung dieser Potentiale unterbreitet. In seinem neuesten im Frühjahr 2005 vorgelegten Gutachten mit dem Titel „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ hat sich der Sachverständigenrat schwerpunktmäßig mit Fragen der korporativen Steuerung in der Selbstverwaltung der GKV, Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Prävention, Rehabilitation und Pflege, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie der Qualität der Arzneimittelversorgung. Das nächste Gutachten des Rates soll im Frühjahr 2007 vorgelegt werden.

## Medizinische Qualitätssicherung

### Ziele und Merkmale

370 Das SGB V misst der Qualitätssicherung eine hohe Bedeutung zu. Das wesentliche Ziel dabei ist, die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in allen Versorgungsbereichen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Das bedeutet vor allem, dass die notwendige Diagnostik und Therapie in guter Qualität erbracht wird. Darüber hinaus sind unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie Behandlungsfehler zu vermeiden. Hohe Qualität zeichnet sich insbesondere aus durch

- ein großes Maß an Professionalität bei der Diagnostik und Behandlung,
- ein medizinisch gutes Ergebnis,
- eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und
- einen effizienten Ressourceneinsatz.

371 Maßnahmen der Qualitätssicherung sind neben der Einführung eines Prozesses der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (interne Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement) gezielte Verfahren zum Vergleich, zur Bewertung und zur Kontrolle der di-

agnostischen und therapeutischen Behandlung, ihrer Ergebnisse und der damit verbundenen organisatorischen Abläufe (externe Qualitätssicherung).

### Gesetzliche Regelungen

372 Seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1989 ist die Verpflichtung zur Qualitätssicherung gesetzlich verankert. Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 und das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 wurden die Qualitätssicherungsvorschriften grundlegend überarbeitet und zum Teil neu gefasst. Allen diesen Regelungen liegt zugrunde, dass die gesetzlichen Vorschriften den Rahmen bilden, innerhalb dessen die jeweils zuständigen Vereinbarungspartner und auch die Leistungserbringer Gestaltungsspielraum haben.

373 Die wesentlichen Regelungen zur Qualitätssicherung sind:

- Verpflichtung aller Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen, Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bei Vertragsärzten, medizinischen Versorgungszentren, zugelassenen Krankenhäusern sowie stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 135a SGB V).

Die wesentlichen Elemente des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind:

- Qualitätsmanagement ist eine betriebliche, qualitätsorientierte Führungsmethode.
- Qualitätsmanagement ist ganzheitlich, fach- und berufsübergreifend angelegt.
- Qualitätsmanagement basiert auf Selbstkontrolle und fördert die Eigenverantwortlichkeit und berücksichtigt die Interessen der Mitarbeiter.
- Qualitätsmanagement stellt das Wohl des „Kunden“ in den Mittelpunkt. „Kunden“ sind vor allem die Patientinnen und Patienten, aber auch die Angehörigen sowie die übrigen am Behandlungsprozess Beteiligten einschließlich bspw. der zuweisenden Ärzte.
- Qualitätsmanagement ist ein dynamischer Prozess. Er ist gekennzeichnet durch das kontinuierliche Bemühen, die Leistungen und die Ergebnisse zu analysieren und gegebenenfalls adäquate Problemlösungen zu entwickeln.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (Vertreter von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen) legt jeweils für die ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen die grundsätzlichen Anforderungen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement fest.
  - Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen (§ 136a SGB V).
  - Prüfung der Qualität im Einzelfall durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 136 SGB V),
  - Bundesweite Bestimmung von verbindlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe (§ 37 SGB V). Hierzu zählt auch die Verpflichtung der Krankenhäuser, im Abstand von zwei Jahren, erstmalig im Jahre 2005 für das Jahr 2004, über den Stand der Qualitätssicherung öffentlich zu berichten (Qualitätsberichte unter: [www.g-qb.de](http://www.g-qb.de)). Ferner sind Mindestmengen für bestimmte Leistungen je Arzt oder Krankenhaus zu beschließen ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).
- Als verbindliche externe Maßnahme der Qualitätssicherung wird für bestimmte Leistungen eine regelhafte Dokumentation in den Krankenhäusern durchgeführt. Auf der Grundlage dieser Dokumentation werden die Daten über die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern erfasst, ausgewertet und zurückgemeldet. Bei Auffälligkeiten eines Krankenhauses ist auch eine Überprüfung vor Ort möglich. Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung betreut das Verfahren, mit dem rund 20 Prozent des Leistungsgeschehens im Krankenhaus erfasst wird ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)).
- Bundesweite Bestimmung von Maßnahmen der Qualitätssicherung und grundlegenden Anforderungen für stationäre Vorsorge und Rehabilitation durch die Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 137 d Abs. 1 SGB V).
  - Bundesweite Bestimmung von Maßnahmen der Qualitätssicherung für Leistungserbringer in der ambulanten Vorsorge oder Rehabilitation durch die Krankenkassen und Bundesverbände der Leistungserbringer (§ 137d Abs. 2 SGB V).
  - Der Gemeinsame Bundesausschuss hat darüber hinaus den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen sowie Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung zu erarbeiten (§ 137b SGB V).
  - Das im Herbst 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll dazu beitragen, dass die Qualität und Transparenz des Gesundheitswesens verbessert wird ([www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)). In diesem Institut werden u. a. medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und - nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft - bewertet. Die Ergebnisse werden als Empfehlungen dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt. Ferner hat das Institut die Aufgabe, evidenzbasierte Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten im Hinblick auf ihre Qualität zu bewerten. Außerdem stellt es für die Patientinnen und Patienten verständliche Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Dadurch können diese sich selbständig informieren und somit beispielsweise besser die Entscheidungen im Arzt-Patienten-Verhältnis mittragen. (§§ 139a - c SGBV).

374 Die Bundesregierung legt seit 1991 ein „Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung“ auf, das eine Fülle von Anstößen gibt mit dem Ziel, der Selbstverwaltung Hilfestellung bei der Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (auch bundesweiten) zu geben. Mit diesem Modellprogramm ist eine Vielzahl von Qualitätssicherungsmaßnahmen in einzelnen Fachgebieten gefördert worden. Beispielsweise wurden hier die Grundlagen für die oben genannte externe Qualitätssicherung und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement erprobt. Aktuelle Förderschwerpunkte sind das Projekt „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ und „Benchmarking in der

Patientenversorgung“ ([www.patient-als-partner.de/](http://www.patient-als-partner.de/)  
[www.lernen-vom-besten.de](http://www.lernen-vom-besten.de))

375 Durch die gesetzlichen Vorgaben und die sich daraus entwickelnden weit gefächerten Initiativen sowie durch das Modellprogramm der Bundesregierung, mit dem ganz unterschiedliche Entwicklungen angestoßen werden, wurde der Stellenwert der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen gestärkt, was insbesondere für die Patientinnen und Patienten von Nutzen sein wird.

## Die Versorgungsbereiche

### Prävention

376 Unter Prävention versteht man Maßnahmen, die Krankheiten verhüten sollen. Zu unterscheiden sind Maßnahmen der Primärprävention in den Bereichen Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung, Maßnahmen der Sekundärprävention zur Krankheitsfrüherkennung sowie Maßnahmen der Tertiärprävention zur Verhütung einer Krankheitsverschlimmerung (Rehabilitation). Ursprünglich waren insbesondere die Leistungen der Primär- und Sekundärprävention ausschließlich Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

377 1967 wurde erstmalig als Präventionsleistung die Mutterschaftshilfe für alle werdenden Mütter in das Leistungsspektrum der GKV eingeführt; 1971 kamen dazu das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Säuglinge und Kleinkinder sowie das Krebsfrüherkennungsprogramm für Frauen und Männer. Das Gesundheits-Reformgesetz erweiterte 1989 das Untersuchungsprogramm um eine Untersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Diabetes. Gleichzeitig erhielten die Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag, sich vermehrt in der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung zu engagieren. Die durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 den Krankenkassen eröffnete Möglichkeit, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse zu fördern, wurde konkreter und verlässlicher gestaltet. Aus dem bisherigen Ermessen bei der Förderung, das von den Krankenkassen sehr unterschiedlich gehandhabt wurde, ist eine deutlich weitergehende Sollverpflichtung gemacht worden. Für die Förderung der Selbsthilfe ist dabei ein Ausgabenvolumen

von 0,51 Euro pro Versicherten und Jahr vorgesehen, das ebenfalls jährlich dynamisiert wird. Damit sind die Krankenkassen gehalten, einen bestimmten, festgesetzten Teil ihrer Ausgaben für die Förderung der Selbsthilfe zu verwenden.

378 Mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1997 wurde der Pflichtleistungskatalog der GKV eingeschränkt. So wurden die Maßnahmen der primären Prävention, insbesondere die Gesundheitsförderung, aus der hälftigen, von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragenden Beitragsfinanzierung herausgenommen. Dies wurde bereits zum damaligen Zeitpunkt von vielen Fachleuten kritisiert.

379 Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 ist der Prävention wieder ein größerer Stellenwert eingeräumt worden. Die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit wurden integraler Bestandteil innerhalb des Leistungsspektrums der GKV. Die Krankenkassen können ihren Versicherten wieder Angebote zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung machen und auch wieder Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen.

380 Die Krankenkassen sollen für Präventionsleistungen pro Jahr einen Betrag von 2,56 Euro pro Versicherten aufwenden können, der jährlich nach einer festen Formel zu steigern ist. Dabei müssen die Gesundheitsförderung und die primären Präventionsleistungen die gleichen Qualitätsanforderungen erfüllen, die auch für medizinische Behandlungen und Rehabilitationen gelten. Nur Methoden, die ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben, dürfen von den Krankenkassen bezahlt werden. Deshalb wird mit der Aufgabenzuweisung eine Verpflichtung der Krankenkasse zur regelmäßigen Erfolgskontrolle und Qualitätssicherung verbunden.

### Mutterschaftshilfe

381 Versicherte haben während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Während der Schwangerschaft gehören zur ärztlichen Betreuung insbesondere Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und Vorsorgeuntersuchungen, die laborärztliche Untersuchungen einschließen. Damit sollen eventuell krankhafte Veränderungen, die die Gesundheit der Mutter und des Kindes beeinträchtigen können, rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Die Schwangere erhält von ihrem Arzt einen so genannten „Mutterpass“, der einen genauen Ter-



minplan für die derzeit 10 Schwangerschaftsuntersuchungen enthält und in den alle wichtigen Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung eingetragen werden sollen. Auf der Grundlage der dokumentierten Befunde lässt sich erkennen, ob bei der Schwangeren ein Risiko vorliegt, das besondere geburtshilfliche Maßnahmen erfordert. Es ist erwiesen, dass bei vollständiger Inanspruchnahme der Untersuchungen die Gefahren für Mutter und Kind während der Geburt und damit auch die Mütter- und Säuglingssterblichkeit verringert werden können.

### **Krankheitsfrüherkennung im Säuglings-, Kleinkind- und Jugendalter**

382 Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder haben die Aufgabe, angeborene und erworbene Erkrankungen im Kindesalter zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen und die betroffenen Kinder rasch einer Behandlung zuzuführen. Zielsetzung ist es, neben der Krankheitsbehandlung die ungestörte Entwicklung des Kindes zu ermöglichen.

383 Das Früherkennungsprogramm umfasst 9 ärztliche Untersuchungen insgesamt von der Geburt an bis zum 6. Lebensjahr zu festgelegten Terminen. Es sollen neben Störungen und Krankheiten der Neugeborenen Stoffwechselkrankheiten, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie Fehlbildungen oder Krankheiten der übrigen Organe aufgedeckt werden. Die Befunde werden in einem Untersuchungsheft dokumentiert, das jede Mutter bei der Geburt ihres Kindes erhält.

384 1989 wurde erstmalig die neunte Früherkennungsuntersuchung zu Beginn des 6. Lebensjahrs eingeführt. Damit soll erreicht werden, noch vor Schulbeginn alle therapierbaren Gesundheitsstörungen zu beheben. Die Schwerpunkte der Untersuchungen liegen insbesondere in den Bereichen der Seh-, Hör- und Sprachstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten.

385 Seit 1997 ist eine auf Gesundheitsstörungen im Jugendalter ausgerichtete 10. Früherkennungsuntersuchung zwischen dem 10. und 14. Lebensjahre in das Programm aufgenommen worden. Neben dem frühzeitigen Erkennen von Krankheiten ermöglicht diese Untersuchung auch eine Verhaltensbeeinflussung im Hinblick auf eine gesunde Lebensweise in einem Alter, in dem eine Beeinflussung und Verhütung von Krankheiten besonders wirkungsvoll möglich ist.

### **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**

386 Das Krebsfrüherkennungsprogramm für Männer und Frauen umfasst Krebse des Dickdarms, des Mastdarms, der Haut, des äußeren Genitales, bei Frauen des Gebärmutterhalses und der Brustdrüse und bei Männern die Vorsteherdrüse. Bisher sind nur bei diesen Lokalisationen die Voraussetzungen (das heißt wirksame Behandlung, eindeutig erfassbare Vor- und Frühstadien) für ein Screening erfüllt.

387 Frauen haben ab 20 Jahre und Männer ab 45 Jahre jährlich einen Anspruch auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung, deren Umfang jeweils an die Situation der jeweiligen Altersgruppe angepasst ist. Leider nehmen gerade die Personen, die ein erhöhtes Krebsrisiko besitzen, das heißt vor allem die älteren Frauen und auch die Angehörigen der unteren sozialen Schichten sowie Ausländer, nicht bzw. unzureichend das Programm wahr. Die seit 1989 eingeführte allgemeine Gesundheitsuntersuchung hat bei Männern dazu beigetragen, die Motivation der Versicherten leicht zu steigern, auch die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen besser wahrzunehmen.

### **Gesundheitsuntersuchungen**

388 Auch in der Bundesrepublik nimmt die Häufigkeit chronisch verlaufender Krankheiten wie in anderen Industrieländern zu. Diese Erkrankungen sind in der Regel charakterisiert durch einen unbemerkten und schleichenden Beginn, einen langsamen und oft schubweisen Verlauf sowie das Fehlen eines Leidensdrucks über lange Zeit der Krankheitsentwicklung. Durch gezielte Untersuchungen lassen sich Risikofaktoren, die bestimmte Erkrankungen begünstigen, oder auch Frühstadien einiger Erkrankungen zu einem Zeitpunkt erfassen, an dem noch keine Krankheits-symptomatik vorliegt.

389 Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, haben daher jedes 2. Jahr den Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Neben der klinischen Untersuchung und der Laboruntersuchung (Blutuntersuchung: Gesamtcholesterin, Glukose, Harnsäure und Kreatinin sowie ein Harnstreifentest) spielt in diesem Programm die ärztliche Beratung eine besondere Rolle. Bei der Beratung soll der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten ansprechen und diesen auf Möglichkeiten



und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist eine Qualitätssicherung, insbesondere für aufwendige Gesundheitsuntersuchungen, wie z. B. der Screening-Mammografie, gesetzlich festgeschrieben worden. Dadurch wird gewährleistet, dass den Versicherten diese Leistungen nur in entsprechend hoher Qualität angeboten werden.

**Krankheitsverhütung durch Krankenkassen**

390 Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Sie sind verpflichtet, diese über Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, zu unterrichten und haben mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wieder die Möglichkeit erhalten, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen.

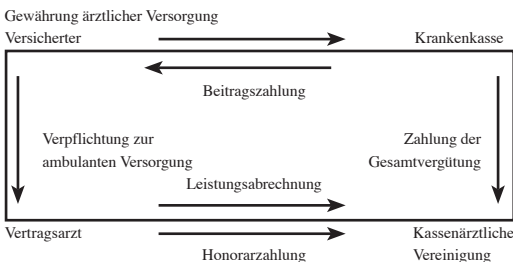
391 Außerdem sollen die Krankenkassen die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen, die Prävention bzw. Rehabilitation für Versicherte anbieten, durch Zuschüsse zu fördern. Dies gewährleistet, dass die Maßnahmen besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen und auf die entsprechenden Krankheitsbilder ausgerichtet sind.

392 Ziel aller Maßnahmen der Prävention ist nicht nur die Verlängerung des Lebens, sondern vor allem die Verbesserung der Gesundheit und damit eine Steigerung der Lebensqualität. Es geht nicht darum, Leben um jeden Preis zu verlängern, sondern die Menschen bis ins hohe Lebensalter gesund zu erhalten.

**Die ambulante ärztliche Versorgung**

**Grundzüge des Kassenarztrechts**

Grafische Darstellung der Rechtsbeziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung



**Das Verhältnis Versicherter / Krankenkasse**

393 Aufgrund seiner Mitgliedschaft in der GKV hat der Versicherte u. a. einen Anspruch auf ärztliche Versorgung. Die Krankenkasse gewährt diese Leistung gegenüber dem Versicherten grundsätzlich als Sachleistung. Seit dem 01.01.2004 können alle Mitglieder anstelle der Sachleistung Kostenerstattung wählen.

**Das Verhältnis Versicherter / Arzt**

394 Durch Aushändigung der Krankenversicherungskarte macht der Versicherte seinen Anspruch auf ärztliche Behandlung als Sachleistung geltend. Der Vertragsarzt stellt dem Versicherten keine Rechnung aus, es sei denn, der Versicherte hat anstelle der Sachleistung die Kostenerstattung gewählt. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, alle notwendigen Maßnahmen, die zum Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung gehören, durchzuführen oder zu verordnen.

**Das Verhältnis Vertragsarzt / Kassenärztliche Vereinigung**

395 Durch die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wird der Arzt ordentliches Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese Mitgliedschaft begründet eine Reihe von Rechten und Pflichten für den Vertragsarzt. Er ist verpflichtet, alle gesetzlich Krankenversicherten zu behandeln. Sein Honoraranspruch richtet sich nicht gegen die Krankenkasse, sondern allein gegen seine Kassenärztliche Vereinigung. Hat der Versicherte Kostenerstattung gewählt, so richtet sich der Honoraranspruch des Arztes gegen den Versicherten. Auch die angestellten Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums (Rdnr. 404) werden Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Honoraransprüche gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen den medizinischen Versorgungszentren. Denn die Zentren und nicht der angestellte Arzt werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

**Das Verhältnis Krankenkasse / Kassenärztliche Vereinigung**

396 Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben den gesetzlichen Auftrag, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und gegenüber den Krankenkassen die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen entspricht. Die we-

sentlichen Vereinbarungen über die vertragsärztliche Versorgung sind auf Bundesebene die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Bundesmantelverträge und auf der Landesebene die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließenden Gesamtverträge.

397 Die Bundesmantelverträge enthalten neben Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung den einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen, der den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt.

398 In den Gesamtverträgen ist im Wesentlichen die Höhe der Gesamtvergütung, d. h. der Vergütung sämtlicher vertragsärztlicher Leistungen, die über die betreffende Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, vereinbart.

### **Richtlinien des Bundesausschusses**

399 Von besonderer Bedeutung für die ärztliche Behandlung der Versicherten sind die im Gesetz vorgeschriebenen und vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zu erlassenden Richtlinien. Das Gesetz nennt u. a. die folgenden, für die Versorgung der Versicherten besonders wichtigen Richtlinienbereiche:

- Richtlinien über ärztliche Behandlung,
- Richtlinien über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- Richtlinien über ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Richtlinien über die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung und häuslicher Krankenpflege,
- Richtlinien über Voraussetzungen, Art und Umfang der Verordnung von Soziotherapie,
- Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit
- Richtlinien über die Verordnung von und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden

und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation und

- Richtlinien zum Katalog der seltenen Erkrankungen, Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie der hochspezialisierten Leistungen (über die ambulante Erbringung dieser Krankheiten und Leistungen können die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Verträge schließen, vgl. Rdnr. 403).

400 Durch das GKV-Modernisierungsgesetz ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegangen. Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst die Aufgaben verschiedener Selbstverwaltungsgremien zusammen. Im Einzelnen sind dies neben dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus, der die Aufgabe hatte, die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus vorzunehmen, sowie der Koordinierungsausschuss, der insbesondere die Aufgabe hatte, Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme) zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Er beschließt je nach Versorgungsbereich in unterschiedlicher Besetzung.

401 Die Auswirkungen der Richtlinien auf die Versicherten der GKV sind deshalb besonders weit reichend, weil durch sie festgelegt wird, welche Leistungen der Vertragsarzt nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu erbringen oder zu verordnen berechtigt und verpflichtet ist.

### **Zur ambulanten ärztlichen Behandlung berechnete Leistungserbringer**

402 Die ärztliche Behandlung gesetzlich Versicherter findet grundsätzlich durch Vertragsärzte, oder durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen statt. Der Versicherte kann grundsätzlich jeden Arzt aufsuchen, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist (Recht der freien Arztwahl). Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Privatärzte), kann der Versicherte nicht in Anspruch nehmen. Dies hat

seinen Grund darin, dass Privatärzte nicht an die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Regelungen gebunden sind. Die im SGB V enthaltenen Steuerungsinstrumente, wie z. B. Zulassungsbeschränkungen oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen, könnten bei einer Behandlung durch Privatärzte nicht umgesetzt werden. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist jedoch zum 1. Januar 2004 die Möglichkeit eingeführt worden, dass Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben (Rdnr. 235), nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse auch nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen können. Die Inanspruchnahme soll jedoch auf Ausnahmen beschränkt bleiben. Denkbar ist z. B. der Fall, dass ein zugelassener Leistungserbringer mit entsprechender indikationsbezogener Qualifikation in angemessener Nähe nicht zur Verfügung steht. Eine Inanspruchnahme von Heilpraktikern ist auch nach der Neuregelung nicht möglich. Es bleibt bei dem Arztvorbehalt, d. h. ärztliche Leistungen dürfen nur von Ärzten erbracht werden.

403 Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) werden zum 01.01.2004 die Möglichkeiten der Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung der Versicherten erweitert. Die Krankenkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen abschließen (z. B. die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen oder HIV/Aids). Die Vergütung wird direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart. Mit dieser Öffnung treten die Krankenhäuser in Bereichen der ambulanten fachärztlichen Spezialversorgung in Konkurrenz zu den niedergelassenen Vertragsärzten. Der Katalog der Krankheiten und Leistungen, zu deren Erbringung die Krankenhäuser vertraglich geöffnet werden können, ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss weiterzuentwickeln (Rdnr. 400). Weitergehende Öffnungen der Krankenhäuser sind im Falle einer Unterversorgung sowie bei der Teilnahme von Krankenhäusern an besonderen strukturierten Behandlungsprogrammen möglich.

404 Neben den Vertragsärzten können nach den Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) seit dem 01.01.2004 gleichberechtigt mit den Vertragsärzten auch medizinische Versorgungszentren an der Versorgung der Versicherten teilnehmen. Es handelt sich dabei um fachübergreifende ärztlich ge-

leitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die wesentliche Neuerung ist, dass nicht eine natürliche Person (Arzt), sondern das Zentrum selbst zur Versorgung zugelassen wird. Insbesondere jüngeren Ärzten wird damit eine zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeit eröffnet. Sie können erstmals auch als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und müssen nicht in jedem Fall das finanzielle Risiko einer Niederlassung eingehen.

### Hausärztliche Versorgung

405 Die gesetzlichen Regelungen sehen eine Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung vor. Diese Regelungen sollen dazu beitragen, die Steuerungsfunktion des Hausarztes zu intensivieren. Insbesondere soll der Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, der Dokumentation von Befunden und Berichten der weiterbehandelnden Ärzte und übrigen Leistungserbringer sowie der langfristigen Betreuung von Versicherten mehr Gewicht eingeräumt werden. Die Regelung bedeutet jedoch keine Einschränkung der freien Arztwahl. Auch weiterhin können Versicherte sowohl ihren Hausarzt als auch ihren weiterbehandelnden Facharzt frei wählen. Die Krankenkassen können jedoch in ihren Satzungen Regelungen vorsehen, die Versicherten, die sich verpflichten, Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen, einen Bonus gewährt. Zur besseren Wahrnehmung ihrer Aufgaben wird den Hausärzten ein angemessener Vergütungsanteil an der ärztlichen Gesamtvergütung garantiert. In der Bedarfsplanung wird eine eigene Planungsgruppe Hausärzte gebildet.

406 Als Hausärzte können Allgemeinärzte, Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, tätig werden. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Ab 2006 sollen neben den Kinderärzten im Wesentlichen die Allgemeinmediziner, deren 5jährige Weiterbildung auf die besonderen Anforderungen der hausärztlichen Versorgung zugeschnitten ist, die hausärztliche Versorgung sicherstellen.

407 Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) werden die Krankenkassen zum 01.01.2004 verpflichtet, neben der normalen hausärztlichen Versorgung ihren Versicherten eine qualitativ besonders

hoch stehende „hausarztzentrierte Versorgung“ anzubieten. Für die Versicherten ist die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform freiwillig. Sie verpflichten sich gegenüber ihrer Krankenkasse, für ein Jahr andere Vertragsärzte nur auf Überweisung des von ihnen gewählten, an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Dafür können die Krankenkassen ihren Versicherten Zuzahlungs- oder Beitragsermäßigungen gewähren. Zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung haben die Krankenkassen mit Hausärzten Verträge abzuschließen. Die interessierten Hausärzte müssen bestimmte, von den Partnern der Gesamtverträge (Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung) zu definierende Voraussetzungen erfüllen.

### **Fortbildungspflicht in der ambulanten ärztlichen Versorgung**

*408* Der Vertragsarzt haftet dem Versicherten gegenüber nach den allgemeinen Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts. Kommt es zu einem Behandlungsfehler, können die Krankenkassen den Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die aus dem Behandlungsfehler entstanden sind, unterstützen.

*409* Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wird erstmals für Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, eine Pflicht zur Fortbildung bundesgesetzlich eingeführt und ihre Nichterfüllung sanktioniert. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung alle fünf Jahre nachzuweisen, dass sie ihre Fortbildungsverpflichtung erfüllt haben. Ärzte, die dem nicht nachkommen, müssen Honorarkürzungen hinnehmen. Erbringt der Arzt die Fortbildung dauerhaft nicht, muss er mit Entziehung der Zulassung rechnen.

### **Bedarfsplanung**

#### **Arztdichte**

*410* Die Zunahme der Zahl von Vertragsärzten ist ein wesentlicher Grund für die Finanzentwicklung in der GKV. Dies wird deutlich, wenn man bedenkt, dass dem Arzt eine Schlüsselfunktion in der ambulanten Versorgung zukommt, da er nicht nur selbst Leistungen erbringt, sondern auch andere Leistungen veranlasst, deren Kosten etwa das Vierfache seines eigenen Honoraranspruchs betragen.

*411* Der durch die zunehmende Arztdichte ausgelöste Konkurrenzdruck führt nachweislich zu Mehrausgaben der Krankenkassen für die ambulante Versorgung. Die nur begrenzt verfügbaren Mittel würden nicht ausreichen, einer ständig steigenden Zahl von Arztpraxen eine den medizinischen Erfordernissen Rechnung tragende Ausstattung zu ermöglichen. Die regionale Begrenzung der Zahl der Vertragsärzte ist deshalb eine unverzichtbare Maßnahme zur Erhaltung von Qualität und Leistungsfähigkeit der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

### **Zulassungsbeschränkungen**

*412* Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz sind zum 01.01.1993 Regelungen zur Begrenzung der Arztdichten in Kraft getreten. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Einzelheiten des Verfahrens der Zulassungsbeschränkungen in den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte festgelegt. Wird ein bestimmtes Verhältnis von Arzt zu Einwohnern in einem Gebiet überschritten, so wird das Gebiet für neue Zulassungen gesperrt. Die Richtlinien enthalten auch Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, wenn dies aus Qualitätsgründen erforderlich ist (Sonderbedarf). Die durch das 2. GKV-NOG eingeführten Flexibilisierungen der Bedarfsplanung ermöglichen es, auch in überversorgten und damit an sich für Neuzulassungen gesperrten Gebieten einen weiteren Arzt in einer bereits bestehenden Praxis zuzulassen oder anzustellen, wenn sich die Praxispartner verpflichten, den Umfang der Leistungen nicht wesentlich auszudehnen. Damit werden die Beschäftigungsmöglichkeiten insbesondere für junge Ärzte verbessert.

### **Praxisübergabe**

*413* Soll eine Kassenpraxis, die in einem nicht überversorgten Gebiet liegt, an einen Nachfolger übergeben werden, so kann sie, wie vor dem 01.01.1993, auf dem freien Markt verkauft werden oder natürlich auch unentgeltlich weitergegeben werden. Der Arzt, der eine Praxis übernimmt, erhält eine Kassenzulassung, da das Gebiet nicht gesperrt ist.

*414* Soll eine Praxis, die in einem überversorgten Gebiet liegt, an einen Nachfolger übergeben werden, muss der freiwerdende Vertragsarztsitz zunächst ausgeschrieben werden. Der Zulassungsausschuss wählt unter den Bewerbern anhand der im Gesetz genannten Kriterien den Nachfolger aus, der die Zulassung erhält. Im Rahmen des Auswahlverfahrens darf nicht

berücksichtigt werden, ob ein Bewerber bereit ist, für die Praxis einen höheren Wert zu bezahlen, als es dem Verkehrswert der Praxis entspricht.

415 Ein solches Ausschreibungsverfahren ist notwendig, weil im Fall der Übernahme einer Kassenpraxis privatrechtliches Eigentum und öffentlich-rechtliche Zulassung nicht voneinander getrennt werden. Der Veräußerer kann jedoch nur über sein Eigentum an der Praxis und nicht über die Zulassung verfügen. Da in einem gesperrten Gebiet eine Zulassung nur im Zusammenhang mit der Übernahme einer bestehenden Praxis erteilt wird, muss es einem rechtsstaatlichen Verfahren vorbehalten sein, einen Nachfolger unter den Bewerbern auszuwählen.

### Altersgrenze für Vertragsärzte

416 Ab 01.01.1999 endet die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit dem 68. Lebensjahr. Die Überversorgung kann nicht nur durch Zulassungsbeschränkungen und damit zu Lasten der jungen Ärztegeneration eingedämmt werden. Die Belastungen durch die notwendigen Beschränkungen der Berufsausübung müssen auch von der älteren Ärztegeneration mitgetragen werden.

417 Sonderregelungen bestehen für die medizinischen Versorgungszentren (Rdnr. 404). Um die Gründung medizinischer Versorgungszentren trotz Zulassungsbeschränkungen zu ermöglichen, kann nach ein Vertragsarzt in einer Region, in der Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine bestehende Zulassung verzichten und als angestellter Arzt in dem Zentrum tätig werden. Auch können medizinische Versorgungszentren bei endgültigem Ausscheiden eines niedergelassenen Arztes in gesperrten Regionen den Vertragsarztsitz übernehmen und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt des Zentrums weiterführen. Schließlich erhält ein Arzt, der 5 Jahre in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig war, in der Region, in der das Medizinische Versorgungszentrum tätig ist, eine Zulassung, auch wenn in dieser Region Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet sind. Diese Sonderregelung erhöht die Attraktivität der Medizinischen Versorgungszentren für junge Ärzte, die im Angestelltenverhältnis Erfahrung für eine spätere Tätigkeit in der Freiberuflichkeit sammeln können.

### Integration der Psychotherapeuten

418 Durch das Psychotherapeutengesetz, das zum 01.01.1999 in Kraft getreten ist, werden die psycholo-

gischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung integriert. D. h. sie nehmen, sofern sie eine Approbation erhalten und bestimmte zusätzliche, für die vertragsärztliche Versorgung relevante Qualitätskriterien erfüllen (so genannter Fachkundenachweis), mit den gleichen Rechten und Pflichten an der Versorgung teil wie die Vertragsärzte. Damit wurde nach über 20jähriger „Gesetzgebungsgeschichte“ die insbesondere von den Psychotherapeuten geforderte Gleichstellung von Ärzten und Psychotherapeuten in der GKV Wirklichkeit.

### Ärztliche Vergütung

419 Bei der Darstellung des vertragsärztlichen Vergütungssystems bietet es sich an, zwischen der Sichtweise der Krankenkassen (Rdnr. 420 - 426) und der Sichtweise des einzelnen Arztes (Rdnr. 427 - 429) zu unterscheiden.

420 Die Krankenkassen leisten keine direkten Zahlungen an die einzelnen Vertragsärzte, sondern sie zahlen eine bestimmte Honorarsumme, die so genannte Gesamtvergütung, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV), welcher alle Vertragsärzte einer Region als Mitglieder angehören. Die „Gesamtvergütung“ ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen, welches jeweils regional zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten einer Krankenkasse zur Verfügung steht. Die Höhe der Gesamtvergütung wird zwischen der jeweiligen KV und dem Verband der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen eines Gesamtvertrages vereinbart.

#### Beispiel:

421 Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen vereinbart für die in Sachsen praktizierenden Vertragsärzte jeweils Gesamtvergütungen mit der AOK Sachsen, dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Sachsen, dem Landesverband der Innungskrankenkassen Sachsen und mit dem Verband der Ersatzkassen, der in Sachsen eine Landesvertretung unterhält. Mit diesen im vorhinein vereinbarten Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen zahlen, werden pauschal alle vertragsärztlichen Leistungen, auf welche die Versicherten dieser Kassen Anspruch haben, vergütet.

422 Die Krankenkasse entrichtet die Gesamtvergütung mit „befreiender Wirkung“ an die Kassen-



ärztliche Vereinigung, d. h. mit der Zahlung der Gesamtvergütung sind vorab alle Honoraransprüche der Ärzte für die Versorgung der Versicherten abgegolten. Für die Verteilung der Gesamtvergütung unter den Ärzten ist die Kassenärztliche Vereinigung zuständig (Rdnr. 426 ff).

423 Für die Berechnung der Gesamtvergütungen stehen den Vertragspartnern laut Gesetz verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung; in der Regel werden die Gesamtvergütungen mit Hilfe so genannter Kopfpauschalen berechnet. Die Kopfpauschale ist der Betrag, den eine Kasse für jedes Mitglied - unabhängig von seiner tatsächlichen Leistungsanspruchnahme, d. h. auch für „gesunde“ Mitglieder - an die Kassenärztliche Vereinigung zahlt. Die Gesamtvergütung errechnet sich dann aus der Multiplikation der vereinbarten Kopfpauschale mit der Anzahl der Kassenmitglieder. Die Höhe der Kopfpauschalen verschiedener Kassen / Kassenarten variiert dabei teilweise erheblich. Diese Unterschiede spiegeln vor allem Unterschiede im ärztlichen Versorgungsbedarf zum Zeitpunkt der Kalkulation der Kopfpauschalen wider.

424 Denkbar ist aber auch, dass die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Fallpauschalen, als Festbetrag, als Summe der von den Ärzten abgerechneten Einzelleistungen (mit einer Obergrenze für die Gesamtsumme der Vergütungen) oder mit Hilfe eines Mischsystems aus verschiedenen Methoden berechnet wird. Kopfpauschalen oder Fallpauschalen stellen dabei lediglich Hilfsgrößen zur kalkulatorischen Ermittlung der Gesamtvergütung dar; sie begrenzen nicht die konkret auftretenden Behandlungskosten pro Mitglied oder pro Fall. Der Anspruch des Versicherten auf die Versorgung mit allen medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen wird durch die Wahl der Berechnungsmethode in keiner Weise eingeschränkt.

425 Die Gesamtvergütungen werden von den Vertragspartnern in der Regel jährlich angepasst. Um die finanzielle Stabilität der GKV sicherzustellen, sind die Vertragspartner bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung an den so genannten Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) gebunden, d. h., dass die Gesamtvergütungen jedes Jahr höchstens um die Rate ansteigen dürfen, um die durchschnittlich der so genannte Grundlohn (die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied) im Vorjahr angestiegen ist. Diese Verände-

rungrate wird jährlich ermittelt und vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht.

426 Der einzelne Arzt rechnet seine vertragsärztlichen Leistungen mit der jeweils zuständigen regionalen Kassenärztlichen Vereinigung ab. Bei der Honorarverteilung werden die Zahl der von den einzelnen Ärzten abgerechneten Leistungen und deren Bewertung nach Maßgabe des so genannten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu Grunde gelegt. Im EBM sind alle vertragsärztlichen Leistungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, aufgeführt und hinsichtlich der Höhe der Vergütung mit Punktzahlen bewertet. Der EBM wird von einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene, dem so genannten Bewertungsausschuss, in eigener fachlicher Verantwortung festgelegt. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, die im EBM enthaltenen Leistungsbeschreibungen und -bewertungen in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen und ggf. zu verändern, um dem „Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung“ Rechnung zu tragen (§ 87 Abs. 2 SGB V). Zuletzt hat der Bewertungsausschuss den EBM mit der zum 1. April 2005 in Kraft getretenen EBM-Reform grundlegend überarbeitet.

427 Bei der Honorarabrechnung kommen auch spezielle regionale Regelungen zur Anwendung, die jeweils zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen in so genannten Honorarverteilungsverträgen vereinbart werden (§ 85 Abs. 4 SGB V) und die insbesondere der Mengenbegrenzung dienen.

428 Vereinfacht ergibt sich das einzelne ärztliche Honorar nach folgendem Prinzip: Jeder Arzt meldet die von ihm erbrachten Leistungen an seine Kassenärztliche Vereinigung. Aus der Multiplikation der Zahl der Leistungen mit der dafür im EBM jeweils aufgeführten Bewertung in Punkten ergibt sich sein individuelles Punktzahlvolumen. Die zur Verteilung zur Verfügung stehende Honorarsumme wird nun durch die Summe der individuellen Punktzahlvolumina aller Vertragsärzte der KV geteilt. Daraus ergibt sich der so genannte Punktwert (z. B. 4 Eurocent). Das Honorar des Arztes errechnet sich schließlich durch Multiplikation seines individuellen Punktzahlvolumens mit diesem Punktwert.



429 Der einzelne Arzt wird also nicht „pauschal“ sondern entsprechend der Zahl und der Bewertung der von ihm abgerechneten Leistungen honoriert. Der faktische Vergütungssatz pro Einzelleistung (Punktwert) ist damit Schwankungen unterworfen - in Abhängigkeit von der Mengenentwicklung der von den Ärzten insgesamt abgerechneten Leistungen: Je mehr Leistungen die Vertragsärzte einer KV abrechnen, desto geringer ist unter sonst gleichen Bedingungen der sich ergebende Punktwert. Um den Ärzten Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze zu geben, wurde im Gesetz zur Modernisierung der GKV (GMG) festgelegt, dass die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Grenzwert mit festen Punktwerten zu vergütet sind. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, sollen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden (§ 85 Abs. 4 SGB V). Damit soll zum einen der Kostendegression bei steigender Leistungsmenge Rechnung getragen werden, zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur übermäßigen Mengenausweitung begrenzt werden.

430 Das bestehende Vergütungssystem der Vertragsärzte hat in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich dazu beigetragen, die Entwicklung der Ausgaben der GKV für die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten und die damit verbundene Beitragsbelastung der Mitglieder und der Arbeitgeber in volkswirtschaftlich vertretbaren Grenzen zu halten. Insbesondere wurde das Risiko einer finanziellen Überforderung der Krankenkassen durch eine über das medizinisch notwendige Maß hinaus gehende Ausweitung der Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen begrenzt. Der Effektivität dieses Vergütungssystems hinsichtlich der Begrenzung der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung stehen jedoch Mängel und Defizite gegenüber, die negative Auswirkungen auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im System der GKV haben. So wird kritisiert, dass die Kopfpauschalen einiger Krankenkassen nicht mehr dem aktuellen Versorgungsbedarf der Versicherten entsprechen. Zudem wird kritisiert, dass es beim Wechsel von Mitgliedern von Kassen mit hoher zu Kassen mit niedriger Kopfpauschale zu einem Absinken der von den Kassen insgesamt an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Honorarsummen kommt, obwohl sich an der Zahl und dem Versorgungsbedarf der Versicherten nichts geändert hat.

431 Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sieht deshalb eine weit reichende Neugestaltung der ver-

tragsärztlichen Vergütung vor (§§ 85a bis 85d SGB V): Die bisher zwischen den Krankenkassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage mitgliederbezogener Kopfpauschalen vereinbarten Honorarbudgets sollen durch Vereinbarungen über den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse jeweils verbundenen Behandlungsbedarf abgelöst werden. Bis zu der zu vereinbarenden Obergrenze für dieses Leistungsvolumen vergüten die Krankenkassen die von den Ärzten tatsächlich erbrachten Leistungen nach Maßgabe des ebenfalls zu vereinbarenden Vergütungspunktwertes; darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten ergeben, werden mit einem stark abgestaffelten Punktwert vergütet.

432 Durch die Neuregelung wird das so genannte Morbiditätsrisiko - Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten - auf die Krankenkassen verlagert und das Vergütungssystem für die Finanzierung bestimmter zusätzlicher Leistungen geöffnet. Zu erwarten ist deshalb, dass zukünftig die Krankenkassen, deren Versicherte im Vergleich zu den Versicherten anderer Krankenkassen einen relativ höheren Behandlungsaufwand aufweisen, auch höhere Honorarsummen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten haben. Für den einzelnen Arzt soll sich durch die Neuregelung zudem die Kalkulationssicherheit erhöhen, indem ihm für eine bestimmte Leistungsmenge vorab ein fester Punktwert garantiert wird.

433 Die o.g. Reform ist wesentlich durch den Bewertungsausschuss vorzubereiten. Nach dem gesetzlichen Zeitplan sollte die Reform bereits im Jahr 2006 erprobt und im Jahr 2007 eingeführt werden. Aufgrund von Verzögerungen bei der Umsetzung durch die dafür zuständige Selbstverwaltung ist eine fristgerechte Einführung der Vergütungsreform aber nicht möglich gewesen. Deshalb müssen die entsprechenden Fristen um mindestens ein Jahr verschoben werden. Zudem wird zu diskutieren sein wie die Regelungen darüber hinaus anzupassen und zu ergänzen sind, um die damit verbundenen Zielsetzungen möglichst zeitnah und einfach erreichen zu können.

### **Integrierte Versorgung**

434 Die integrierte Versorgung, für die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eine Rechtsgrundlage (§§

140a bis 140d SGB V) geschaffen wurde, soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Patientinnen und Patienten, die in Deutschland aus dem Krankenhaus entlassen werden, erleben es z. B. häufig, dass der Übergang zur nachfolgenden ambulanten Behandlung schlecht organisiert ist. Sie haben keinen Ansprechpartner, der sie darüber informiert, was jetzt nötig ist, und müssen oft viele vergebliche Wege gehen, bis sie schließlich selbst alles herausgefunden und geregelt haben. Sehr oft leiden gerade schwer chronisch kranke Menschen wie Rheuma- oder Krebspatienten unter diesen Bedingungen. Denn bei ihnen folgen auf stationäre Aufenthalte in der Regel längere Phasen ambulanter Behandlung. Insbesondere die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung soll deshalb durch eine integrierte Versorgung gezielt durchbrochen werden, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dabei muss auch darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten. Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, haben die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen, die solche integrierte Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten.

435 Die Umsetzung entsprechender Kooperationsformen blieb in den Jahren 2000 bis 2003 jedoch begrenzt und beschränkte sich weitgehend auf die Bildung von Praxisnetzen. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber die Vorschriften zur Integrationsversorgung mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 01.01.2004 weiterentwickelt und gestrafft. Bestehende Hemmnisse für die Umsetzung der integrierten Versorgung wurden abgebaut, entsprechende Vertragsabschlüsse erleichtert und gezielte finanzielle Anreize zur Verwirklichung sektorenübergreifender Kooperationsformen gesetzt.

436 Die gesetzlichen Vorschriften sehen vor, dass die Krankenkassen mit Leistungserbringern autonom Einzelverträge zur integrierten Versorgung abschließen können. Eine Anbindung der integrierten Versor-

gung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragssystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht nicht. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die früher gesetzlich vorgesehenen Rahmenvereinbarungen, scheidet aus. Vielmehr liegt die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein bei den Vertragspartnern.

437 Als potentielle Vertragspartner eines Integrationsvertrages stehen alle zur Versorgung im System des SGB V zugelassenen Leistungserbringer und deren Gemeinschaften zur Verfügung. Darüber hinaus werden Ärzte nicht mehr nur als Mitglieder einer Gemeinschaft als Vertragspartner zur integrierten Versorgung zugelassen. Die Krankenkassen können auch mit medizinischen Versorgungszentren und mit so genannten Managementgesellschaften, das heißt mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind, abschließen. Konkrete Regelungen wurden für die Teilnahme von Apotheken an Integrationsverträgen geschaffen (§ 129 Abs. 5b SGB V).

438 Um neue finanzielle Anreize zum Abschluss von Integrationsverträgen zu schaffen, hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu 1% der an die Kassenärztlichen Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütungen sowie der Krankenhausvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen sollen. Die Krankenkassen haben entsprechende Mittel von den Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser einzubehalten, wenn die Mittel zur Umsetzung von zur integrierten Versorgung geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Hierin liegt praktisch eine generell-abstrakte Bereinigung der Vergütungsvolumen, die für die Regelversorgung im Kollektivvertragssystem vorgesehen sind.

439 Das Prinzip der freien Arztwahl wird durch die integrierte Versorgung nicht angetastet. Eine Inanspruchnahme nicht an der integrierten Versorgung teilnehmender Leistungserbringer ist allerdings nur zulässig, wenn die Versicherten an diese Leistungserbringer überwiesen wurden oder der Vertrag zur integrierten Versorgung sie zur Inanspruchnahme nicht teilnehmender Leistungserbringer berechtigt. Daher kann die Teilnahme von Versicherten nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Die Satzung der Krankenkasse regelt das Nähere. Da integrierte Versorgungsformen für die Versicherten transparent sein müssen, haben

die Versicherten das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.

440 Unbedingt notwendig ist eine qualitätsgesicherte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten auch im Integrationssektor. Die Versorgungsanbieter müssen die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten gewährleisten können. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die Besonderheiten der Integrationsversorgung dies erfordern. Ziel ist es, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Hierzu sind möglichst offene Regelungen zu finden, um aus starren, verkrusteten Strukturen hin zu effizienteren Versorgungsformen zu kommen.

441 Von Bedeutung ist schließlich die den Krankenkassen gesetzlich eingeräumte Möglichkeit, denjenigen Versicherten, die an einer integrierten Versorgung teilnehmen, einen Bonus zu gewähren. So kann die Krankenkasse sowohl Zuzahlungsermäßigungen als auch Beitragsermäßigungen vorsehen (§ 65a Abs. 2 SGB V). Sie erhält hierdurch ein wirksames Instrument, um Anreize zur Teilnahme an der integrierten Versorgung zu schaffen.

442 Infolge der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) erfolgten Gesetzesänderungen wurden zwischenzeitlich eine Vielzahl von integrierten Versorgungsverträgen geschlossen und bei einer hierfür eigens eingerichteten Registrierungsstelle gemeldet. Auch wenn es sich bei den meisten dieser Verträge zunächst um kleinere indikationsbezogene Verträge handelt, die zudem regelmäßig regional beschränkt sind, kann festgestellt werden, dass die integrierte Versorgung dabei ist, sich neben der Regelversorgung zu etablieren. Um diese Entwicklung zu stärken, sieht der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ausdrücklich vor, die oben beschriebenen finanziellen Anreize zum Abschluss von Integrationsverträgen um ein weiteres Jahr zu verlängern.

### Strukturverträge/Modellvorhaben

443 Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen hat darüber hinaus Spielräume zur Erprobung und Realisierung neuer Versorgungsformen.

### Strukturverträge

444 Im Rahmen so genannter Strukturverträge nach § 73a SGB V können die Krankenkassen und die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung Hausärzten oder einem Verbund von haus- und fachärztlich tätigen Vertragsärzten („vernetzte Praxen“) eine erweiterte Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen. Die erweiterte Verantwortung umfasst dabei neben dem eigentlichen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auch den der ärztlich verordneten bzw. veranlassten Leistungen. Diese Verantwortung kann auf bestimmte, inhaltlich definierte Bereiche – wie z. B. die Arznei- und Heilmittelverordnungen oder die Krankenhausweisungen – begrenzt werden. Für diese Leistungen kann ein Budget vereinbart werden. Damit ermöglicht der Gesetzgeber die für „Managed-Care-Strukturen“ typische sektorenübergreifende Steuerung von Versorgungsleistungen. Allerdings gilt auch für diese Versorgungsformen der in § 71 SGB V geregelte Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Neben der integrierten Versorgung besteht mit den Strukturverträgen ein weiteres Instrument, vernetzte Strukturen zu schaffen.

### Modellvorhaben

445 Die Möglichkeit der Krankenkassen und ihrer Verbände, Modellvorhaben durchzuführen oder mit in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben zu schließen (§§ 63 bis 65 SGBV) sind mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz erheblich erweitert worden:

- Die Krankenkassen können neue Formen der Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung erproben (§ 63 Abs. 1 SGB V). Ziel solcher Modellvorhaben muss es sein, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.
- Des Weiteren können die Krankenkassen neue Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Prävention erproben, sofern diese Leistungen zum Aufgabenbereich der GKV gehören (§ 63 Abs. 2 SGB V). Voraussetzung ist, dass bereits Erkenntnisse über den Nutzen (und gegebenenfalls die Risiken) dieser Leistungen vorliegen, die die Durchführung eines Modellvorhabens rechtfertigen. Diese Modellvorhaben sollen vor allem Informationen darüber liefern,

ob die fraglichen Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung geeignet sein können und gegebenenfalls in die Regelversorgung übernommen werden sollten.

446 Die Krankenkassen oder ihre Verbände sind verpflichtet, eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modelle im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen (§ 65 SGB V).

### Vermittlung von Zusatzversicherungen

447 Seit dem 1. Januar 2004 haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen zu vermitteln (§ 194 Abs.1a SGB V). Der Abschluss solcher Zusatzversicherungsverträge bleibt eine freiwillige Vereinbarung zwischen dem Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind auf eine Vermittlungstätigkeit beschränkt. Mit dieser Vermittlungsmöglichkeit wollte der Gesetzgeber dem Wunsch der Versicherten Rechnung tragen, bestimmte Versicherungen, die den Krankenversicherungsschutz ergänzen, über ihre gesetzliche Krankenkasse abschließen zu können. Die Versicherten können von einer solchen Vermittlung eines Versicherungsvertrages insbesondere dann profitieren, wenn die Krankenkasse für sie prämiengünstige Gruppentarife ausgehandelt hat.

448 Die Bedingungen für den Abschluss von privaten Zusatzversicherungen haben sich durch die den gesetzlichen Krankenkassen eingeräumte Vermittlungsmöglichkeit nicht geändert. Anders als in der GKV kann es daher vorkommen, dass private Versicherungsunternehmen den Abschluss von Versicherungsverträgen z. B. von Altersgrenzen, Risikoprüfungen oder auch erhöhten Prämien abhängig machen. Solche Bedingungen sind in der privaten Krankenversicherung durchaus üblich. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass private Versicherungsunternehmen von sich aus die Vertragsbedingungen für den in einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherten günstig gestalten, wenn der Kooperationspartner, die gesetzliche Krankenkasse, geschickt und im Interesse ihrer Versicherten verhandelt hat. So gibt es weithin Gruppenverträge und auch Verträge über mehrere Versicherungsfelder, bei denen es offenbar gesetzlichen Krankenkassen gelungen ist, private

Versicherungsunternehmen dazu zu bewegen, von zu rigorosen Altersbegrenzungen und anderen Eintrittshürden in eine private Zusatzversicherung Abstand zu nehmen.

## Die zahnmedizinische Versorgung

### Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung

449 Stellt man im internationalen Vergleich die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung im Jahr 2000 denen des Jahres 1980 gegenüber, so wird deutlich, dass kein anderes Land so viel für die zahnmedizinische Versorgung seiner Bevölkerung ausgibt wie die Bundesrepublik Deutschland (siehe Tabelle). Zwar sind seit den 80er Jahren die gesamtwirtschaftlichen Kosten für die zahnmedizinische Versorgung durch eine erhebliche Verbesserung der Mundgesundheit gesunken. Der DMF-T-Wert bei 12-jährigen, der die Zahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne erfasst und international als aussagefähiger Indikator für die Zahngesundheit Jugendlicher gilt, hat sich seit Anfang der 80er Jahre erheblich verbessert. Am Ende der 90er Jahre weisen 12-jährige in Deutschland weniger als 1,7 kariöse, fehlende und gefüllte Zähne auf. Dennoch erreichten einige Vergleichsländer mit geringeren finanziellen Mitteln eine bessere Mundgesundheit (z. B. Schweden, Niederlande, Dänemark, Großbritannien). Nach dem neuesten Erkenntnisstand setzte sich der Kariesrückgang bei den 12-jährigen in Deutschland weiter fort; der mittlere DMF-T liegt hier im Jahr 2004 nunmehr bei nur noch 0,98.

### Gesamtausgaben der zahnmedizinischen Versorgung im internationalen Vergleich, 1980 und 2000

Land	zahnmedizinische Ausgaben insgesamt <sup>1)</sup>	
	in % des BIP	
	1980	2000
D	1,13 <sup>2)</sup>	0,89
CH	0,67	0,70
S	0,76	0,64
USA	0,48	0,61
F	0,47	0,45
NL	0,40	0,33
DK	0,37	0,55
I	0,30	0,35
UK	0,26	0,37
EU	0,55	0,55

1) alle Kostenträger

2) alte Länder

Quelle: BASYS

450 Um das Verhältnis von Kosten und Nutzen in der zahnmedizinischen Versorgung der GKV deutlich zu verbessern, war der Gesetzgeber seit den 80er

Jahren bemüht, eine Umorientierung in der zahnmedizinischen Versorgung einzuleiten: Statt einer Spätversorgung der Zähne mit Zahnersatz soll eine Frühversorgung und Vermeidung von Zahnerkrankungen erfolgen. In diesem Zusammenhang wurden schrittweise die Grundlagen für den Aufbau eines umfassenden Prophylaxekonzeptes geschaffen.

### Zahnmedizinisches Prophylaxesystem

451 Der Gesetzgeber hat mittlerweile durch mehrere Gesundheitsreformen die Basis für ein umfassendes zahnmedizinisches Prophylaxekonzept gelegt (siehe Tabelle); vorhandene präventive Betreuungslücken bei Schwangeren und Kleinkindern wurden geschlossen. Zielsetzung dieser Leistungsausweitungen ist es, die Voraussetzungen für einen lebenslangen Erhalt der eigenen Zähne zu schaffen. Möglich ist dies durch eine konsequent präventive Betreuungsstrategie, die von Kindheit an auf die Vermeidung von Zahnschäden und auf substanzschonende Zahnerhaltungsmaßnahmen setzt. Karies und Parodontitis gehören zu den weitest verbreiteten Krankheiten in unserer Zivilisation. Dabei könnten sie zu einem großen Teil vermieden werden.

452 Die gesetzlichen Prophylaxeleistungen wurden in den letzten Jahren für die einzelnen Altersgruppen in folgenden Punkten erweitert:

- Die bewährten Vorsorgeleistungen bei Schwangeren wurden um Beratungen zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind und zur Aufklärung über die Übertragungswege der kariesauslösenden schädlichen Keime sowie um Maßnahmen zur Einschätzung und Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies auf das Kleinkind erweitert.
- Die ebenfalls seit langem bewährten Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern, die auch das Erkennen von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten umfassen, wurden durch eine genauere Inspektion der Mundhöhle, die Bestimmung des Kariesrisikos durch Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie um Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur gegebenenfalls notwendigen Keimzahlsenkung ergänzt.
- Der Anspruch auf gruppenprophylaktische Maßnahmen, die möglichst flächendeckend durchzuführen sind, wurde in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das Karies-

risiko überdurchschnittlich hoch ist, bis zum 16. Lebensjahr verlängert.

### Umfassendes zahnmedizinisches Prophylaxekonzept der gesetzlichen Krankenversicherung

Altersgruppe	Prophylaxebaustein	Maßnahmen
vor der Geburt	Schwangerenberatung (§ 196 Abs. 1 RVO)	Beratung über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mütter und Kind inkl. Ernährungsberatung; Ermittlung des Kariesübertragungsrisikos
0 – u. 6	Kinderuntersuchung (§ 26 Abs. 1 SGB V)	Untersuchung der Mundhöhle Ermittlung des Kariesrisikos; Ernährungs- und Mundhygieneberatung; Schmelzhärtung; Keimzahlsenkung
Kinder-gartenkind – u. 12/16	Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V)	Untersuchung der Mundhöhle; Zahnstatus; Schmelzhärtung; Ernährungs- und Mundhygieneberatung
Kinder-gartenkind – u. 12	Intensivprophylaxe (§ 21 Abs. 1 Satz 3 SGB V)	Entwicklung spezifischer Programme für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko
6 – u. 18	Individualprophylaxe (§ 22 Abs. 1–3 SGB V)	Befund des Zahnfleisches; Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung; diagnostische Vergleiche; Motivation und Einweisung bei der Mundpflege; Schmelzhärtung; Fissurenversiegelung der Molaren

453 Einen herausgehobenen Stellenwert hat die Gruppenprophylaxe, die nach übereinstimmender internationaler Erfahrung die Grundlage für eine breitenwirksame und kostengünstige zahnmedizinische Prävention darstellt. Sie wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1993 in zwei Punkten verbessert: Erstens wurde gesetzlich klargestellt, dass eine Inspektion der Mundhöhle mit Erhebung des Zahnstatus unbedingter Bestandteil der Gruppenprophylaxe ist. Zweitens ist eine Verordnungsermächtigung für die jeweilige Landesregierung zur Regelung der Inhalte und der Finanzierung der Gruppenprophylaxe in das SGB V eingefügt worden. Damit soll sichergestellt werden, dass in allen Bundesländern konkrete Durchführungsbestimmungen zur Praktizierung der Gruppenprophylaxe bestehen.

454 Zur sinnvollen Ergänzung der Gruppenprophylaxe wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, individualprophylaktische Maßnahmen bereits vom sechsten Lebensjahr, d. h. vom Durchbruch der ersten bleibenden Zähne an, durchführen zu lassen (§ 22 SGB V). Dabei sollen die individualprophylaktischen Maßnahmen die zahnmedizinische Prophylaxe der nicht bzw. nicht hinreichend gruppenprophylaktisch betreuten Kinder mit hohem oder besonders hohem



Kariesrisiko zielgerichtet ergänzen. Die zusätzlich eingeführten prophylaktischen Maßnahmen sollen die Zahngesundheit insbesondere bei Kindern und Jugendlichen weiter verbessern und damit gleichzeitig die bereits für die Vergangenheit belegbaren Rückgänge bei den konservierend-chirurgischen Leistungen (z. B. Füllungen, Extraktionen) und bei prothetischen Maßnahmen (z. B. Brücken, Totalprothesen) deutlich vergrößern.

455 Der Gedanke der Frühversorgung der Zähne schlägt sich auch in der im Rahmen der individualprophylaktischen Maßnahmen möglichen Fissurenversiegelung der bleibenden Backenzähne (§ 22 Abs. 3 SGB V) nieder. Da diese Zähne einerseits wegen der schlechteren Zugänglichkeit im Rahmen der Mundhygiene bzw. aufgrund tieferer Grübchen (Fissuren) auf der Kaufläche besonders kariesanfällig sind und andererseits ihre statische Bedeutung für eventuell später notwendige prothetische Versorgungen besonders hoch ist, ist es angezeigt, diese Zähne besonders zu schützen. Die Fissurenversiegelung stellt dazu eine wenig aufwändige und langfristig wirksame Präventivmethode dar.

456 Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde durch Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde Rechtsklarheit geschaffen, dass die Leistungen der Individualprophylaxe nicht ausschließlich von approbierten Zahnärzten durchgeführt werden müssen, sondern – kostengünstiger – auch durch prophylaktisch weitergebildetes Personal unter Aufsicht des Zahnarztes ausgeführt werden können.

457 Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung einer präventionsorientierten und zahnschutzschonenden Zahnmedizin wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 gemacht, indem die Selbstverwaltung zur Umstrukturierung des Vergütungssystems vertragszahnärztlicher Leistungen sowie zur Modernisierung des Leistungskatalogs verpflichtet wurde. Damit die Anreizstrukturen in der Zahnheilkunde so gesetzt werden, dass zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen nicht von wirtschaftlichen Überlegungen überlagert werden, hatte die Selbstverwaltung eine Neuordnung der Bewertungsrelationen aller vertragszahnärztlichen Leistungen vorzunehmen, die eine gleichgewichtige Bewertung der Vergütungen für zahnerhaltende und präventive Leistungen sowie für Zahnersatz und Kieferorthopädie sicherstellt (§ 87 Abs. 2d SGB V). Zudem wurde der damalige Bun-

desausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (seit 01.01.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss) mit der Modernisierung des Leistungskatalogs der GKV beauftragt; er soll dem Leitbild einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Zahnheilkunde entsprechen (§ 92 Abs. 1a SGB V). Zahnärzte und Krankenkassen haben die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Der neu bewertete Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen und die modernisierten Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung sind zum 01.01.2004 in Kraft getreten. Die Vorsorge und die Zahnerhaltung werden damit gestärkt.

### Qualitätssicherung in der Zahnmedizin

458 Auch qualitätssichernde Maßnahmen verbessern das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Zahnmedizin. U. a. wurde bereits seit 1993 die Gewährleistung für prothetische Arbeiten auf mindestens zwei Jahre erhöht und gleichzeitig eine zweijährige Gewährleistung auf Füllungen eingeführt (§ 136b Abs. 2 SGB V). Der Gesetzgeber hat jedoch der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten die Möglichkeit eingeräumt, Ausnahmen von der zweijährigen Gewährleistung zu vereinbaren. Dies ist auch geschehen. Einzelne Krankenkassenverbände und Krankenkassen haben mit Zahnärzten bzw. Zahnarztgruppen vertraglich längere Gewährleistungsfristen bei Füllungen (4 Jahre) und bei Zahnersatz (je nach Versorgungsart 4 bis 6 Jahre) vereinbart. Damit wird die vom Gesetzgeber geforderte Mindestgewährleistung von zwei Jahren in diesen Fällen überschritten. Ferner hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien die Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwändiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen zu bestimmen. Schließlich wurden mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die Vertragszahnärzte verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 135a SGB V).

459 Seit dem am 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) besteht für Vertragsärzte eine Pflicht zur fachlichen Fortbildung, die auch für Vertragszahnärzte gilt. Die Fortbildungspflicht ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Vertragszahnärzte die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandeln. Darüber hinaus wurde die Verpflichtung der Vertragsärzte zum Qualitätsmanagement konkre-



tisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Maßnahmen durch Beschlüsse zu konkretisieren.

### Leistungsanspruch bei Füllungen

460 Die vertragszahnärztliche Versorgung richtet sich nach § 27 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 28 Abs. 2 und § 73 Abs. 2 Nr. 2 SGB V und den entsprechenden Richtlinien zur vertragszahnärztlichen Behandlung und zum Zahnersatz. Soweit es sich um Zahnfüllungen handelt, haben Versicherte Anspruch auf notwendige Füllungsleistungen als Sachleistung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese Richtlinien sind auf eine ursachengerechte, zahnschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Im Frontzahnbereich sind in der Regel adhäsiv befestigte Füllungen das Mittel der Wahl. Eine Festlegung auf die ausschließliche Verwendung von Amalgam im Seitenzahnbereich ist aus den Behandlungsrichtlinien nicht abzuleiten; Zahnärzte dürfen hier auch andere plastische Füllungsmaterialien (z. B. Glasiomer-Zement, Kunststoff etc.) als zuzahlungsfreie Sachleistung abrechnen. Der Versicherte hat allerdings nur in Fällen einer absoluten Kontraindikation für Amalgam Anspruch auf adhäsiv befestigte (Komposit-)Füllungen im Seitenzahngebiet als zuzahlungsfreie Sachleistung.

461 Mit dem am 01.11.1996 in Kraft getretenen 8. Änderungsgesetz zum SGB V ist auch im Bereich der Füllungstherapie eine Mehrkostenregelung eingeführt worden. Danach übernehmen die Kassen für Versicherte, die - aus welchen Gründen auch immer - eine Füllungstherapie wählen, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgeht (z. B. ein In- oder Onlay), die Kosten für die vergleichbare preisgünstige plastische Füllung. Zu der als Sachleistung gewährten Kassenleistung zählen auch die anfallenden Begleitleistungen (z. B. Anästhesie, Röntgen, besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen). Über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten richtet sich bei den für diese Mehrkosten zugrunde liegenden Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

### Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz

462 Mit der Gesundheitsreform war ursprünglich vorgesehen, den Zahnersatz aus dem Leistungskatalog

der GKV auszugliedern. Die Krankenkassen sollten stattdessen eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Satzungsleistung anbieten. Finanziert werden sollte diese so genannte „Satzungs“-Leistung über eine Kopfpauschale. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollten einen vom übrigen Beitragsaufkommen getrennten, einheitlichen und einkommensunabhängigen Beitrag je Mitglied festsetzen. Zusätzlich sollte den Versicherten eine Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV eingeräumt werden. Die private Absicherung sollte zu den bei der privaten Krankenversicherung geltenden Konditionen erfolgen.

463 Bei der Vorbereitung der Umsetzung dieser Regelungen hat sich jedoch gezeigt, dass die Erhebung eines festen Beitrags in einer eigenen Zahnersatzversicherung mit Wahlmöglichkeiten zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zu erheblichen praktischen Schwierigkeiten führen würde. Für die Krankenkassen wäre die Erhebung des festen Beitrags mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden, da für den Einzug des Beitrags bei Rentnern und Arbeitslosen Einzelkonten geführt werden müssten. Dies hätte zu einem erheblich höheren Verwaltungskostenanteil geführt als der jetzt vorgesehene Quellenabzug bei einem prozentualen Beitragssatz. Ein fester, einkommensunabhängiger Beitrag hätte zudem zu erheblichen Belastungen von Geringverdienern geführt, welche bei einer einkommensabhängigen Beitragserhebung vermieden werden.

464 Mit dem vom Deutschen Bundestag im Herbst 2004 verabschiedeten Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz wurde die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes rückgängig gemacht. Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt Teil des Leistungskatalogs der GKV. Am Umfang des Leistungsanspruchs wird in Form von befundbezogenen Festzuschüssen festgehalten. Die Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung wurde aufgehoben. Der beschlossene zusätzliche prozentuale Beitrag stellt sicher, dass jeder nur entsprechend seiner persönlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aufkommen muss. Außerdem wurden die Kassen gesetzlich verpflichtet, die durch diese Regelung erreichbare Entlastung voll als Beitragssenkung an die Beitragszahler weiter zu geben. An der vereinbarten Absenkung der Arbeitskosten wurde festgehalten.

465 Seit dem 1. Juli 2005 zahlen die Versicherten einen einheitlichen zusätzlichen Beitragssatz von 0,9

v. H. Mit dem Sonderbeitrag von 0,9 v. H. beteiligen sich alle Mitglieder an den gestiegenen Leistungsausgaben der GKV. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, den allgemeinen Beitragssatz um 0,9 v. H. zum 1. Juli 2005 abzusenken. Versicherten, die im Hinblick auf die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ursprünglich vorgesehene Wechselmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung private Zahnersatz-Verträge abgeschlossen hatten, wurde ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt.

466 Seit dem 1. Januar 2005 haben gesetzlich Versicherte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen, implantatgestützter Zahnersatz) Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse. Der Leistungsanspruch richtet sich nach § 55 SGB V. An die Stelle des früheren prozentualen Anteils der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für Zahnersatz sind befundbezogene Festzuschüsse getreten. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Prothetische Regelversorgungen sind dabei die Versorgungen, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet sind. Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse wurde sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Dies gilt beispielsweise für die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz (Suprakonstruktionen).

467 Die Regelversorgung für den jeweiligen Befund eines Lückengebisses wird in Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt, einem Gremium, an dem Vertreter der Krankenkassen, der Zahnärzteschaft und die Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten beteiligt sind. Die Regelversorgung hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Nach den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben Versicherte bei bestimmten Befunden

Anspruch auf feststehenden Zahnersatz (Kronen, Teilkronen, Brücken), herausnehmbaren Zahnersatz (Teil-/Totalprothesen, Interimsprothesen), kombinierten Zahnersatz (Kombination aus feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz), implantatgestützten Zahnersatz (so genannte Suprakonstruktionen) sowie auf Wiederherstellungen (d. h. Reparaturen) und Erweiterungen an vorhandenem Zahnersatz.

468 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in 8 Befundklassen insgesamt 52 Befunde definiert und diesen prothetische Regelversorgungen zugeordnet. Die zugeordneten Regelversorgungen entsprechen im Wesentlichen den Vertragsleistungen vor Inkraft-Treten der Festzuschuss-Regelungen. Die Festlegungen im Einzelnen wurden im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 21. Dezember 2004 auf den Seiten 24463 bis 24473 bekannt gemacht. Die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse ist für die Versicherten aller Krankenkassen bundesweit gleich hoch. Die bundeseinheitlichen Festzuschüsse umfassen 50 v. H. der für die zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Herstellung betrennt festgesetzten Beträgen für die jeweilige Regelversorgung. Dabei können die in den Bundesländern vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen die bei der Festlegung der Festzuschüsse zu Grunde gelegten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise für Zahntechnik um 5 v. H. über- oder unterschreiten.

469 Die Bonusregelungen bleiben im früheren Umfang erhalten, sind allerdings an das Festzuschuss-System angepasst. Die in § 55 Absatz 1 SGB V vorgesehene Bonusregelung ermöglicht es, dass sich die Festzuschüsse für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres bei eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne um 20 v. H. erhöhen. Die Festzuschüsse erhöhen sich um weitere 10 Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die erforderliche zahnärztliche Untersuchung mindestens einmal in jedem Kalenderjahr ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Daraus folgt, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen 60 bzw. 65 v. H. der Beträge für die jeweilige Regelversorgung von der gesetzlichen Krankenkasse zu zahlen sind.

470 Mit den gesetzlichen Neuregelungen bleiben die früheren Härtefallregelungen für den Bereich Zahnersatz für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erhalten. Versicherte haben in Fällen

einer unzumutbaren Belastung Anspruch auf den doppelten Festzuschuss, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgung tatsächlich entstandenen Kosten. Damit erhalten sie die Regelversorgung kostenfrei. Darüber hinaus ermöglicht die so genannte gleitende Härtefall-Regelung, dass Versicherte einen über den Festzuschuss hinausgehenden zusätzlichen Betrag erhalten, der bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses reichen kann.

471 Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien Heil- und Kostenplan zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung mit Zahnersatz nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet. Im Heil- und Kostenplan sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen. Mit dieser Regelung wird gewährleistet, dass Versicherte und Krankenkassen über den Herstellungsort bzw. das Herstellungsland der abrechnungsfähigen zahntechnischen (Teil-) Leistungen informiert werden. Dadurch werden Abrechnungsmanipulationen mit z. B. im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten Versicherter und Krankenkassen entgegengewirkt. Der Heil- und Kostenplan ist vor Beginn der Behandlung von der zuständigen Krankenkasse insgesamt zu prüfen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse entsprechend dem im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Befund.

472 Für Zahnersatz gibt es eine Mehrkostenregelung, die im Wesentlichen das bis zum 31.12.2004 geltende Recht übernimmt. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten der zusätzlichen über die Regelversorgung hinausgehenden Leistungen selbst in vollem Umfang zu tragen. Gleichartig ist Zahnersatz, wenn er die Regelversorgung umfasst, jedoch zusätzliche oder andersartige Verankerungs- bzw. Verbindungselemente aufweist (z. B. zusätzliche Brückenglieder, Verbindungselemente oder Verblendungen im hinteren Seitenzahngebiet). Mehrkosten sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte direkt gegenüber dem Versicherten abzurechnen.

473 In den Fällen, in denen Versicherte eine abweichende andersartige Versorgung mit Zahnersatz wählen, haben sie gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung der bewilligten Zuschüsse. Eine von der Regelversorgung abweichende, anders-

artige Versorgung liegt z. B. vor, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss als Regelversorgung eine Modellgussprothese für einen bestimmten Befund (z. B. für eine große Lücke) festgelegt hat, jedoch eine Brückenversorgung vorgenommen wird. In diesem Fall sind alle zahnärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abrechenbar. Die Rechnungslegung des Zahnarztes erfolgt gegenüber dem Versicherten.

474 Soweit gesetzlich Versicherte Zahnersatz nach einer anerkannten Methode im europäischem Ausland anfertigen lassen, besteht gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse Anspruch auf Erstattung des im Inland geltenden befundbezogenen Festzuschusses abzüglich zusätzlicher Verwaltungskosten und Abschlägen für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen einschließlich der Praxisgebühr. Der Anspruch besteht jedoch höchstens in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Über die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Versorgung Versicherter mit Zahnersatz im europäischen Ausland informiert die zuständige gesetzliche Krankenkasse.

### **Kieferorthopädische Behandlung**

475 Gemäß § 29 Abs. 1 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung einen Anteil in Höhe von 20 v. H. der Kosten an den Vertragszahnarzt. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil für das zweite und jedes weitere Kind 10 v. H.. Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils mit der kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist, zahlt die Krankenkasse den von den Versicherten geleisteten Anteil an die Versicherten zurück.

476 Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass der damalige

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen die Indikationsgruppen für kieferorthopädische Behandlung in den Richtlinien „befundbezogen“ und nicht mehr wie bisher „therapiebezogen“ abzugrenzen hat. Darüber hinaus sollen die Indikationsgruppen „objektiv überprüfbar“ sein. Dadurch soll erreicht werden, dass die Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung wesentlich trennschärfer als bisher und objektiv überprüfbar definiert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der kieferorthopädischen Versorgung durch das neue befundorientierte System von Indikationsgruppen gestärkt werden.

477 Die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, gehört seit In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 01.01.1993 nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung Erwachsener werden nur noch bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahme erfordern, von den Krankenkassen erstattet (§ 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V). Als Beispiel lassen sich angeborene Missbildungen des Gesichts und des Kiefers sowie verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen nennen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die Indikationsgruppen für die Kassenleistung.

### **Klarstellungen des Leistungsumfangs**

478 Neben Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der den zahnmedizinischen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung durch Richtlinien konkretisiert, hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit die Leistungspflicht der Krankenkassen für einzelne zahnmedizinische Leistungen klargestellt. Danach gehören implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 28 Abs. 2 SGB V). Allerdings haben Versicherte bei Ausnahmeindikationen in besonders schweren Fällen (z. B. nach einer Tumoroperation, bei Unfallverletzungen oder bei angeborenen Kieferfehlbildungen) einen Sachleistungsanspruch auf im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erforderliche implantologische Leistungen und den dazugehörigen Zahnersatz. Bei Vorliegen dieser

Ausnahmeindikationen besteht für Versicherte ein Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen nur dann, wenn eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist.

479 Mit dem In-Kraft-Treten von befundbezogenen Festzuschüssen wird der unbefriedigende Rechtszustand beseitigt, wonach Versicherte, die statt einer konventionellen Zahnersatzversorgung (z. B. Brücke) eine Versorgung mit Implantaten wählen, von ihrer Krankenkasse in nur wenigen Ausnahmefällen (Einzelzahnücke mit kariesfreien Nachbarzähnen sowie bei atrophiertem zahnlosen Kiefer) die anteilige Kostentragung für die Suprakonstruktion, d. h. den implantatgestützten Zahnersatz, erhalten. Sämtliche Vorleistungen für implantatgestütztem Zahnersatz wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente etc. gehören allerdings nicht zur Suprakonstruktion und sind auch zukünftig vom Versicherten - bis auf die Ausnahmefälle nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V - selbst zu tragen.

### **Praxisgebühr**

480 Ab dem 01.01.2004 haben Versicherte eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro für jede erste Inanspruchnahme eines an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers pro Kalendervierteljahr zu leisten. Diese „Praxisgebühr“ ist beim Erstbesuch in der Zahnarztpraxis im jeweiligen Kalendervierteljahr zu entrichten. Nach Entscheidung des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung müssen Versicherte die Zuzahlung für zwei jährliche Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt nicht entrichten. Dies gilt auch, wenn anlässlich der Vorsorgeuntersuchung Röntgenbilder gefertigt werden und eine Zahnsteinentfernung oder Sensibilitätsprüfung durch den Zahnarzt vorgenommen wird. Nimmt der Zahnarzt hingegen kurative Maßnahmen am Patienten vor, so ist einmal im Kalendervierteljahr die Praxisgebühr durch den Versicherten zu entrichten. Zu den kurativen Maßnahmen zählen z. B. das Entfernen einer Karies und das anschließende Legen einer Zahnfüllung. Stellt der Zahnarzt anlässlich einer Vorsorgeuntersuchung die Notwendigkeit einer kurativen Maßnahme fest und führt diese sogleich durch, so hat der Versicherte auch die Zuzahlung in Höhe von 10 Euro für das betreffende Kalendervierteljahr beim Zahnarzt zu entrichten.

### Degressiver Punktwert

481 Seit dem 01.01.1999 wurde der zum 01.07.1997 zwischenzeitlich außer Kraft gesetzte degressive Punktwert wieder eingeführt. Ausgangspunkt für den degressiven Punktwert (§ 85 Abs. 4b SGB V) ist die Überlegung, dass in besonders umsatzstarken Praxen bei steigender Praxisauslastung die fixen Kosten (Mieten, Personal, technische Geräte) pro Behandlungsfall abnehmen. Diese Kostenvorteile führen dazu, dass mit steigendem Umsatz der Betriebskostenanteil sinkt. Damit, ähnlich wie im Wirtschaftsleben üblich, an diesen Kostenvorteilen auch die gesetzliche Krankenversicherung als Nachfrager von Leistungen teilhaben kann, wird die Vergütung für zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferorthopädie bei Überschreiten eines überdurchschnittlichen Leistungsvolumens (degressiver Punktwert in drei Stufen) abgesenkt. Die Punktmen- gen erhöhen sich um 70% für einen ganztägig angestellten Zahnarzt und um 25% für einen Ausbildungs- assistenten. Die durchschnittliche Praxis ist von dem degressiven Punktwert nicht betroffen.

482 Der degressive Punktwert wirkt sich nur auf solche Einzelpraxen aus, die ohne Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten im Durchschnitt über 409.000 Euro Jahresumsatz erzielen. Werden Praxen von zwei gleichberechtigten Teilhabern betrieben, verdoppeln sich die Umsatzgrenzen. Die Regelungen über den degressiven Punktwert sind so gestaltet, dass sie keine leistungsfeindlichen Anreize enthalten. Ab Überschreiten der Punktmen- gengrenzen wird der Vergütungsanspruch des Zahn- arztes für die darüber hinausgehenden Leistungen nicht vollständig reduziert, sondern lediglich ab einer Punktmenge von 350.000 je Kalenderjahr um 20%, ab einer Punktmenge von 450.000 um 30% bzw. ab einer Punktmenge von mehr als 550.000 um 40% vermindert.

483 Seit dem 01.01.2004 wurden die Gesamtpunkt- mengen für die Degressionsgrenzen bei Kieferorthopä- den um 20 v. H. abgesenkt. Diese Absenkung ist erforderlich geworden, um der Punktzahlreduzierung für kieferorthopädische Leistungen durch den Be- wertungsausschuss, die zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt, Rechnung zu tragen. Eine Absenkung der De- gressionsgrenzen für die sonstigen Zahnärzte erfolgt demgegenüber nicht, da bei diesen Zahnärzten die Punktzahlreduzierung beim Zahnersatz durch eine entsprechende Punktzahlanhebung bei den konser- vierend-chirurgischen Leistungen kompensiert wird.

484 Seit dem 01.01.2005 wurden die Gesamtpunkt- mengen für die Degressionsgrenzen bei allen Ver- tragszahnärzten mit Ausnahme der Kieferorthopäden entsprechend dem Anteil der auf den Zahnersatz entfallenden zahnärztlichen Leistungen in Höhe von 25 v. H. abgesenkt. Die Absenkung ist eine not- wendige Folge der Umstellung auf befundbezogene Festzuschüsse. Die zahnärztlichen Leistungen beim Zahnersatz sind nicht mehr Bestandteil der Gesamt- vergütung und können somit auch nicht mehr der Degression unterliegen. Bei den Kieferorthopäden bleiben die Punktmengengrenzen unberührt, da von diesen grundsätzlich keine zahnprothetischen Lei- stungen erbracht werden.

### Arzneimittel

485 Arzneimittel müssen grundsätzlich nach den Regelungen des Arzneimittelgesetzes in Deutschland verkehrsfähig sein. Bei stationärer Krankenhaus- behandlung ist die Arzneimittelversorgung Teil der Krankenhausleistungen und wird im Rahmen der Krankenhausentgelte vergütet. In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung übernehmen die ge- setzlichen Krankenkassen grundsätzlich die Kosten für alle in Deutschland verkehrsfähigen Arzneimittel, sofern diese apothekenpflichtig sind und vom Arzt auf einem Kassenrezept verordnet worden sind. Ver- sicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, in der Apotheke eine gesetzliche Zuzah- lung zu leisten. Dabei gelten nach sozialen Gesichtspunkten Befreiungen von der Zuzahlung.

486 Bei der Ausstellung eines Kassenrezepts hat der Arzt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten. Danach müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirt- schaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die unwirtschaftlich oder medizinisch nicht notwendig sind, können die Versicherten nicht beanspruchen, dürfen die Kran- kenkassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungs- erbringer nicht bewirken. Die Verordnungen des Arz- tes können von einem Prüfungsausschuss überprüft werden; bei festgestellten Unwirtschaftlichkeiten hat der Arzt den Mehraufwand an die Krankenkassen zurückzuzahlen.

487 Folgende Arzneimittel dürfen nicht auf Kassen- rezept verordnet werden:

- Arzneimittel, die in Deutschland nicht verkehrsfähig sind; Einzelimporte von nur im Ausland



zugelassenen Arzneimittel sind nur in besonderen Ausnahmefällen verordnungsfähig, wenn ein unabweisbarer Behandlungsbedarf vorliegt und es keine andere Therapie gibt,

- Arzneimittel, die nicht der Apothekenpflicht nach § 43 Arzneimittelgesetz unterliegen. Dies sind Arzneimittel, die z. B. auch in Supermärkten oder Drogerien erhältlich sind.
- Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, die jeder in der Apotheke ohne ärztliche Verordnung selbst kaufen kann, werden von den Krankenkassen seit dem 01.01.2004 nicht mehr übernommen. Ausnahmen gelten für Kinder unter 12 Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Darüber hinaus erhalten Menschen, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel benötigen, rezeptfreie Medikamente auch künftig auf Kassenrezept, sofern diese Arzneimittel nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss, ein Gremium mit Vertretern von Verbänden der Krankenkassen und der Vertragsärzte, hat in Richtlinien festgelegt, welche Arzneimittel dies im Einzelnen sind. Die entsprechenden Richtlinien sehen insgesamt über 40 verschiedene Ausnahmefälle vor, darunter sind auch pflanzliche Arzneimittel. Liegt eine der in den Richtlinien aufgeführten schwerwiegenden Erkrankung vor, können anstelle von allopathischen Arzneimitteln auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass das verordnete Mittel nach dem Erkenntnisstand der jeweiligen Therapie- richtung Therapiestandard ist. Damit wird der Therapievelfalt Rechnung getragen. Durch diese Richtlinien sind klare Regelungen für die Verordnungs- fähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel getroffen worden. Die Richtlinien werden regelmäßig fortgeschrieben.
- Nicht verordnungsfähig sind auch Arzneimittel, wenn sie für Krankheiten angewendet werden sollen, für die sie keine Zulassung haben (so genannte „Off-Label“-Anwendung). Seit dem 01.01.2004 ist hierzu gesetzlich geregelt, dass eine Verordnung auf Kassenrezept dann möglich ist, wenn eine vom Bundesministerium für Gesundheit berufene Expertengruppe festgestellt

hat, dass die Anwendung des Arzneimittels nach dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zweckmäßig ist und wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Verordnungs- fähigkeit in den Richtlinien vorge- sehen hat.

- Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verschreibungspflichtige Arznei- mittel in folgenden Anwendungsgebieten von der Versorgung ausgeschlossen:
  - Arzneimittel zur Anwendung bei Erkäl- tungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten an- zuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmit- tel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
  - Mund- und Rachentherapeutika, ausgenom- men bei Pilzinfektionen,
  - Abführmittel und
  - Arzneimittel gegen Reisekrankheit.
- Ausgeschlossen sind auch Arzneimittel, welche durch Rechtsverordnung als „unwirtschaftliche Arzneimittel“ von der Verordnung auf Kassen- rezept ausgeschlossen sind (so genannte Negati- vliste). Dies sind Arzneimittel, die für das The- rapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.
- Darüber hinaus kann der Gemeinsame Bundes- ausschuss seit dem 1. Januar 2004 auch weitere Arzneimittel von der Verordnung ausschließen, wenn diese un- zweckmäßig und unwirtschaftlich sind. Solche Arzneimittel kann der Arzt jedoch in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Be- gründung verordnen. Entsprechende Ausschlüsse sind bis zum 31. Dezember 2005 noch nicht er- folgt.

### Arznei- und Heilmittelvereinbarungen

488 Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ver- bände der Krankenkassen sind seit 2002 gesetzlich verpflichtet, zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Arzneimittelversorgung für das je- weils folgende Kalenderjahr eine Arzneimittelverein- barung abzuschließen. In dieser Vereinbarung sind



- das insgesamt von den Vertragsärzten veranlasste Ausgabenvolumen für Arzneimittel,
- Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und Maßnahmen zur Zieleinhaltung, insbesondere zur Information und Beratung der Vertragsärzte sowie
- Kriterien für Sofortmaßnahmen innerhalb des Kalenderjahres zur Zieleinhaltung zu vereinbaren.

489 Bei der jährlichen Fortschreibung des Ausgabenvolumens sollen die konkreten medizinischen Behandlungserfordernisse einbezogen werden. So sollen u. a. neben dem wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Einsatz innovativer Arzneimittel auch Veränderungen des Versorgungsbedarfs sowie Änderungen der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung berücksichtigen werden. Somit können die Vertragsparteien die unterschiedlichen Versorgungssituationen in der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung erfassen und fortentwickeln, wie z. B. Verbesserungen bei der Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen. Zugleich legen die Vertragsparteien auch Wirtschaftlichkeitsziele fest, die eine Ausschöpfung von Einsparmöglichkeiten in einem festgelegten Zeitraum vorgeben.

490 Wird das vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, welche Konsequenzen dies z. B. für die Fortschreibung des Honorarvolumens der Vertragsärzte hat. Wird die Zielvereinbarung eingehalten, haben die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung erstmals für das Jahr 2004 einen Bonus zu gewähren, der an Vertragsärzte weiterverteilt wird. Das Nähere ist vertraglich zu regeln.

491 Zur Umsetzung der Regelungen über die Arzneimittelvereinbarung werden alle Kassenrezepte im Auftrag der Krankenkassen erfasst, ausgewertet und die Daten sodann an die Kassenärztlichen Vereinigungen, auch als zeitnahe Schnellinformationen, weitergeleitet. Eine versichertenbezogene Auswertung darf dabei nicht erfolgen. Aufgrund dieser Datenaufbereitungen sind für Steuerungs- und Prüfzwecke die Angaben über die verordneten Arzneimittel aller Vertragsärzte verfügbar.

492 Die Selbstverwaltung auf Bundesebene - die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen - unterstützt die Vertragsparteien auf Landesebene durch Rahmen-

vorgaben und Empfehlungen. Mit diesen Regelungen zur Arzneimittelvereinbarung wurden die in den Jahren von 1992 bis 2001 geltenden Vorgaben für ein verbindliches Arznei- und Heilmittelbudget abgelöst. Diese Regelung hatte seinerzeit zur Folge, dass die Ärzteschaft für Budgetüberschreitungen gemeinschaftlich haftete. In diesem Zusammenhang waren Probleme bei der Umsetzung der Vorschrift aufgetreten. Als Konsequenz wurden diese Regelungen abgelöst.

### **Festbeträge für Arzneimittel**

493 Festbeträge sind Höchstbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreise durch die gesetzlichen Krankenkassen, jedoch keine staatlich festgesetzten Preise. Die GKV übernimmt Kosten für verordnete Arzneimittel grundsätzlich nur bis zu dem Festbetrag für das jeweilige Arzneimittel. Festbeträge sind für den Bereich der Arzneimittelversorgung eine Ausprägung des für alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Wirtschaftlichkeitsprinzips. Die Leistungen der GKV als Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung mit Versicherungspflicht für alle Arbeitnehmer und Rentner mit Einkommen bis zur Höhe der Versicherungspflichtgrenze müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt ist eine Vielzahl von Präparaten in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil identischer Zusammensetzung zu sehr unterschiedlichen Preisen verfügbar. Es wäre nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar, die Beitragszahler mit den Kosten teurer Arzneimittel zu belasten, wenn preisgünstigere und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Die Arzneimittel-Festbeträge begrenzen deshalb die Leistungspflicht der Krankenkassen; sie stellen sicher, dass die Krankenkassen nicht mit zu hohen Arzneimittelpreisen belastet werden. Sie stärken auch das Interesse von Ärzten und Patienten an preisgünstigen Arzneimitteln; gleichzeitig wird der Preiswettbewerb unter den Arzneimittelherstellern intensiviert.

494 Die Festbeträge werden so bestimmt, dass eine wirtschaftliche Arzneitherapie bei gesicherter medizinischer Versorgungsqualität möglich ist. Die gesetzlichen Vorgaben sehen vor, dass in der Regel zum Festbetrag eine ausreichende Auswahl von vergleichbaren Arzneimitteln zur Verfügung stehen muss. Der Arzt kann regelmäßig zwischen therapeutisch

gleichwertigen und qualitativ hochwertigen Arzneimitteln auswählen. Verordnet der Arzt dem Patienten dennoch ein Arzneimittel, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, so muss der Versicherte diesen Differenzbetrag zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung entrichten; dies gilt auch für Versicherte, die von der Zuzahlung befreit sind. Der Arzt ist verpflichtet, den Versicherten in diesem Fall auf seine Verpflichtung zur Leistung einer Differenzzahlung hinzuweisen.

495 Die Regelung zu den Arzneimittelfestbeträgen wurde zum 01.01.1989 eingeführt. Die Festbeträge werden in einem zweistufigen Verfahren festgesetzt: Zunächst ist es Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses – ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV – vergleichbare Arzneimittel in Festbetragsgruppen zusammenzufassen. Zuvor sind insbesondere die Arzneimittelhersteller und Sachverständige anzuhören. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Beschlüsse über die Festbetragsgruppen dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, dieses kann rechtswidrige oder rechtsfehlerhafte Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Die Festbetragsgruppen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

496 Das Gesetz erlaubt Festbeträge für folgende Arzneimittelgruppen und -kombinationen:

- Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen (Stufe 1),
- Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2) und
- Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbaren Wirkungen (Stufe 3).

In eine Gruppe dürfen nur vergleichbare Arzneimittel zusammengefasst werden, damit gewährleistet ist, dass die Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und dem Arzt die medizinisch notwendigen Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen. Auch die Besonderheiten von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind bei der Gruppenbildung zu berücksichtigen. Seit dem 01.01.2004 dürfen auch patentgeschützte Arzneimittel, wie bereits zuvor in den Jahren von 1989 bis 1995, in Festbetragsgruppen einbezogen werden. Ausgenommen sind wie bisher Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten.

497 Für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Festbetragsgruppen bzw. die in diesen Gruppen enthaltenen Arzneimittel legen die

Spitzenverbände der Krankenkassen die Höhe der Festbeträge fest. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ist die Höhe der Festbeträge so festgesetzt worden, dass eine wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte Arzneimitteltherapie gewährleistet ist. Um einen wirksamen Preiswettbewerb auszulösen, ist der Festbetrag auf der Grundlage preisgünstiger Verordnungsmöglichkeiten zu berechnen. Die Festbeträge in der Festbetragsstufe 1 sind seit dem 01.01.2004 im unteren Preisdrittel festzusetzen. Diese gesetzliche Vorgabe wird von den Spitzenverbänden in der Weise umgesetzt, dass zum Festbetrag ein Drittel der Verordnungen und ein Drittel der Packungen der Festbetragsgruppe verfügbar ist. In den Festbetragsstufen zwei und drei sind zum Festbetrag die Hälfte der Verordnungen und Packungen und die Hälfte der Packungen der Festbetragsgruppe verfügbar.

498 Die Festbeträge werden regelmäßig, meist jährlich, an die veränderte Marktlage angepasst. Nach zuletzt verfügbaren Daten gibt es 431 Festbetragsgruppen mit Festbetragsarzneimitteln. Der Anteil der Festbetragsarzneimittel am Gesamtumsatz in der GKV erreichte nach der Freistellung der patentgeschützten Arzneimittel ab dem Jahr 1996 im Jahre 2003 mit nur noch 36,4% einen neuen Tiefstand (zum Vergleich: Festbetragsanteil 1997: 53,7%). Dennoch haben die Krankenkassen durch Festbeträge im Jahr 2003 nach Angaben des BKK-Bundesverbandes rd. 2,1 Mrd. Euro gespart. Der Festbetragsanteil steigt seit dem Jahr 2005 wieder an, denn aufgrund der Neuregelung zum 01.01.2004 können bestimmte patentgeschützte Arzneimittel wieder in die Festbeträge einbezogen werden. Dies erfolgte ab dem Jahr 2005. Die Umsetzung der neuen Festbetragsregelung soll bis Ende des Jahres 2007 abgeschlossen sein. Bereits im Jahre 2005 stieg der Umsatzanteil wieder auf 46,4% und auf 12,4 Mrd. Euro Umsatz.

499 In Zusammenhang mit Rechtsstreiten pharmazeutischer Unternehmen mit der Selbstverwaltung vor dem Bundesverfassungsgericht und dem Europäischen Gerichtshof hatte der Gesetzgeber zur Sicherung der Festbetragsregelung die Aufgabe der Anpassung von Festbeträgen für Arzneimittel in den Jahren 2002 und 2003 dem jetzigen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als Verordnungsgeber übertragen. Zwei entsprechende Rechtsverordnungen traten seit dem 01.01.2002 und dem 01.03.2003 in Kraft. Das Bundesverfassungsgericht und der Europäische Gerichtshof haben die Rechtmäßigkeit der Festbetragsregelung und das Recht der

Selbstverwaltung auf die Bildung von Festbeträgen jedoch ohne Einschränkung bestätigt. Damit steht nach über 13jährigen Rechtsstreitigkeiten nunmehr letztinstanzlich fest, dass die Festbetragsregelung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20.12.1988 ohne Einschränkung mit dem Grundgesetz und den europäischen Verträgen vereinbar ist.

500 Zusätzlich zur Festbetragsregelung gilt für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die so genannte aut-idem-Regelung (lat.: „oder das gleiche“). Hierdurch ist der Apotheker verpflichtet, an Versicherte der GKV bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln anstelle des auf Kassenrezept verordneten Präparats ein anderes, preisgünstigeres Präparat mit gleicher Wirkstärke, Packungsgröße und in vergleichbarer Darreichungsform abzugeben. Der Arzt kann einen entsprechenden Austausch durch die Apotheke vermeiden, wenn er bereits selbst preisgünstig verordnet. Die Voraussetzungen dafür, dass der Apotheker ein preisgünstigeres, wirkstoffgleiches Arzneimittel auszutauschen hat, wird seit dem 01.01.2004 nicht mehr wie zuvor durch Gesetz, nämlich durch Vorgabe einer oberen Preislinie des unteren Preisdrittels, sondern durch Vertrag von Krankenkassen und Apotheken eigenverantwortlich auf Bundesebene geregelt. Die aut-idem-Regelung kann dazu führen, dass ein Arzneimittel mit einem Preis unterhalb des Festbetrags abgegeben wird. Die Festbetragsregelung wird hierdurch aber nicht überflüssig. Zum einen kann der Arzt in begründeten Fällen dem Apotheker die Ersetzung des verordneten Präparats durch ein anderes, wirkstoffgleiches aber preisgünstigeres Arzneimittel untersagen. In diesem Falle wird die Kostenübernahme weiterhin durch den Festbetrag begrenzt. Zum anderen gilt die Festbetragsregelung auch für Arzneimittel die nicht der aut-idem-Regelung unterliegen, nämlich auch für wirkstoffähnliche Arzneimittel, sowie für Arzneimittel mit vergleichbarer Wirkung, aber unterschiedlichem Wirkstoff. Das Volumen der wirkstoffgleichen Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt etwa 6 Mrd. Euro zu Apothekenverkaufspreisen.

501 Auf Arzneimittel, für die keine Erstattungsobergrenzen im Rahmen der Festbetragsregelung gelten, leistet die Pharmaindustrie zu Gunsten der Krankenkassen einen gesetzlichen Abschlag auf die Herstellerabgabepreise. Dieser gesetzliche Rabatt erreichte im Jahre 2003 für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel einheitlich

6%; im Jahre 2004 galt für verschreibungspflichtige Arzneimittel ein erhöhter Rabatt von 16%. Seit dem 1. Januar 2005 beträgt der Rabatt wieder einheitlich 6%. Damit erbringen auch solche Arzneimittel einen Einsparbeitrag, für die bisher keine Erstattungsobergrenzen gelten. Der Rabatt gilt nur für solche Arzneimittel ohne Festbetrag, die auf Kassenrezept abgegeben werden.

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung, Richtgrößen**

502 Mit den Regelungen über die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen wird die gemeinschaftliche Verantwortung der Ärzte und ihrer Selbstverwaltungskörperschaften, der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenkassen für die Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung konkretisiert. Zusätzlich dazu besteht auch die Verpflichtung des einzelnen Arztes zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise. Die vom Arzt verordneten Arznei- und Heilmittel müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, d. h. sie müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Die Einhaltung dieses Gebots soll durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen der ärztlichen Verordnungsweise gewährleistet werden, die von einem paritätisch mit Ärzten und Vertretern der Krankenkassen besetzten Prüfungsausschuss durchgeführt werden. Grundlage der Prüfung sind arztbezogene Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel. Dies sind Verordnungskosten in Euro je Behandlungsfall. Die Höhe der Richtgrößen wird von der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbart. Für jede Arztgruppe (Allgemeinärzte, Internisten usw.) wird eine eigene Richtgröße vereinbart. Sind die Verordnungskosten des Arztes höher als seine Richtgröße, muss er mit einer Überprüfung der Wirtschaftlichkeit durch den Prüfungsausschuss rechnen. Überschreiten die Verordnungskosten des Arztes sein Richtgrößenvolumen erheblich, hat er einen von dem Prüfungsausschuss festzustellenden Regressbetrag an die Krankenkassen zu zahlen. Dabei muss aber kein Arzt fürchten, dass er für medizinisch notwendige Leistungen, z. B. für aufwändige Versorgungen von Patientinnen und Patienten, in Regress genommen wird. Bei der Prüfung und Regressfestsetzung soll der Prüfungsausschuss Praxisbesonderheiten, z. B. ein überdurchschnittlicher Anteil von Patienten, die einen besonders hohen Bedarf an Arznei- oder Heilmitteln haben oder besonders teure Arzneimittel benötigen, berücksichtigen. Grundsätzlich soll eine Information und Beratung dem Regress vorangehen. Der Nachweis

einer wirtschaftlichen Gefährdung des Vertragsarztes kann zu einer Stundung oder zum Erlass des Regresses führen. Zudem kann jeder Vertragsarzt verlangen, dass der Prüfungsausschuss für seine Arztpraxis eine eigene Richtgröße festsetzt.

503 Diese Regelungen bieten keine Handhabe, Versicherten die ihnen zustehenden Arznei- und Heilmittelleistungen vorzuenthalten. Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit den medizinisch notwendigen Arznei- und Heilmitteln nach Maßgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln durch den Vertragsarzt muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Arzt muss also entscheiden, ob eine Verordnung von Arznei- und Heilmitteln medizinisch notwendig und zweckmäßig im Hinblick auf die Erreichung des therapeutischen Zieles ist; zudem ist er verpflichtet, unter qualitativ gleichwertigen Mitteln ein preisgünstigeres auszuwählen. Der Arzt hat insbesondere die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien zu beachten.

504 Der einzelne Vertragsarzt darf hingegen nicht unter Hinweis auf die Arznei- und Heilmittelvereinbarung oder die Wirtschaftlichkeitsprüfungen – insbesondere auf Grundlage von Richtgrößen – die Verordnung medizinisch notwendiger Arznei- und Heilmittel einem Patienten verweigern, auch nicht bei der Verordnung notwendiger, aber sehr teurer Arzneimittel, z. B. im Fall der Behandlung chronisch Kranker. Es gehört hingegen auch zu seinen vertragsärztlichen Pflichten, bei seinem Verordnungsverhalten in jedem Einzelfall das oben dargelegte Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

### Zuzahlung zu Arzneimitteln

505 Seit dem 01.01.2004 beträgt die Arzneimittelzuzahlung 10% des Apothekenverkaufspreises, mindestens 5 Euro, jedoch nicht mehr als der Preis des Arzneimittels und höchstens 10 Euro je Packung. Die Zuzahlung ist also nicht mehr an die Packungsgröße des jeweils verordneten Arzneimittels gekoppelt. Die Packungsgrößenkennzeichen N1 (kurze Behandlungsdauer), N2 (mittlere Behandlungsdauer) und N3 (Dauerbehandlung) bleiben erhalten. Ärzte und Patienten erhalten also weiterhin in gewohnter Weise eine Information über die Packungsgrößen der Arzneimittel, um auf die angemessene Therapiedauer der verordneten Packungen zu achten und so Arzneimittelmüll zu vermeiden.

## Heil- und Hilfsmittel

### Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel

506 Bei dem Leistungsbereich der Heil- und Hilfsmittel handelt es sich um einen äußerst heterogenen Bereich der GKV. Ebenso unterschiedlich verläuft auch die Ausgabenentwicklung in den einzelnen hierunter erfassten Teilbereichen. Insgesamt lässt sich jedoch für den Bereich der Heil- und Hilfsmittel feststellen, dass er im langfristigen Rückblick die durchschnittliche Wachstumsrate der gesamten Leistungsausgaben am auffälligsten überschritten hat. Im Jahr 1970 wurden hierfür von der GKV 0,34 Mrd. Euro (0,67 Mrd. DM) bzw. 2,8% der gesamten Leistungsausgaben aufgewendet; im Jahr 2004 beliefen sich die bundesweiten Ausgaben - ohne Hilfsmittel aus Apotheken - bereits auf 8,2 Mrd. Euro bzw. 5,8% der GKV-Leistungsausgaben.

507 Stellt man im internationalen Vergleich die Ausgaben für die Heil- und Hilfsmittel im Jahr 2000 denen des Jahres 1980 gegenüber, so wird deutlich, dass kein anderes Land so viel für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel seiner Bevölkerung ausgibt wie die Bundesrepublik Deutschland (siehe Tabelle). Seit den 80er Jahren haben sich die gesamtwirtschaftlichen Kosten für die Heil- und Hilfsmittel nicht nur in Deutschland, sondern auch in den meisten Ländern der EU sowie in den Vereinigten Staaten erhöht.

### Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel im internationalen Vergleich, 1980 und 2000<sup>1)</sup>

Land	in % des BIP	
	1980	2000
D	0,70 <sup>2)</sup>	0,97
CH	0,47	0,44
S	0,28	0,36
USA	0,37	0,59
F	0,34	0,92
NL	0,35	0,68
DK	0,43	0,49
I	0,37	0,57
GB	0,17	0,24
EU	0,39	0,63

1) alle Kostenträger

2) alte Länder

Quelle: BASYS

### Heilmittel

508 Versicherte der GKV haben Anspruch auf die Verordnung von Heilmitteln, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu

lindern. Die Behandlung mit Heilmittel bedarf einer Verordnung durch den Vertragsarzt. Die Verordnung von Heilmitteln muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie darf das Notwendige nicht überschreiten. Heilmittel sind Dienstleistungen, insbesondere Leistungen

- der physikalischen Therapie, wie z. B. Massagen und Krankengymnastik,
- der Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie),
- der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) und
- der Podologie (medizinische Fußpflege bei Diabetikern),

die von zugelassenen Leistungserbringern persönlich erbracht werden.

509 Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien (Heilmittel-Richtlinien), welche Heilmittel im Rahmen der GKV verordnungsfähig sind. Die Vertragsärzte dürfen nur solche Heilmittel verordnen, deren therapeutischer Nutzen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt und dieser in Richtlinien bzw. Empfehlungen für die Sicherung der Qualität der Heilmittelerbringung abgegeben hat. Die Heilmittel-Richtlinien sind für die Vertragsärzte und die Krankenkassen verbindlich.

510 Die Heilmittel-Richtlinien dienen insbesondere der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Heilmittel-Katalog an sich bzw. die Verordnung auf dieser Grundlage enthebt den Arzt aber nicht davon, die allgemeinen Grundsätze über die Verordnung von Heilmitteln, die neben dem Heilmittel-Katalog selbstverständlich weiterhin Gültigkeit besitzen, zu beachten.

511 Die Ausgaben der GKV für Heilmittel haben sich seit dem In-Kraft-Treten neuer Heilmittel-Richtlinien am 01.07.2001 von 3 Mrd. Euro im Jahr 2000 auf 3,7 Mrd. Euro in 2002 - also um weit über 20% - erhöht. Auch im Jahr 2003 gab es im Vergleich zum entsprechenden Vorjahr ein erneutes Ausgabenwachstum, ohne dass hierfür zwingende medizinische Gründe ersichtlich waren. Deshalb hatte das frühere Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

den damaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (seit 01.01.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss) im Frühjahr 2003 aufgefordert, die Ursachen dieses Ausgabenanstiegs zu analysieren und entsprechende Konsequenzen in den Heilmittel-Richtlinien zu ergreifen.

512 Ursächlich für den überproportionalen Ausgabenanstieg waren Probleme in der praktischen Anwendung der Heilmittel-Richtlinien. So gab es nicht nur unterschiedliche Verordnungsmengenvorgaben, sondern auch eine Vielzahl verschiedener Einzeldiagnosen: im Bereich physikalische Therapie allein für das Bewegungssystem 53 mögliche Diagnosen. Für Ärzte und Patienten gleichermaßen kompliziert und aufwändig erwiesen sich zudem die Vorgaben für die Verordnung von Heilmitteln (Erstverordnung, 1. und 2. Folgeverordnung, Langfristverordnung im Regelfall und begründungspflichtige Verordnung außerhalb des Regelfalls). Die Kombination mit jeweils völlig unterschiedlichen Verordnungsmengen sorgte für eine unübersichtliche Vielzahl verschiedener Verordnungsregeln.

513 Vor diesem Hintergrund hat der Bundesausschuss Ende 2003 einen Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien und des Heilmittel-Kataloges gefasst. Dieser wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht beanstandet, allerdings mit Maßgaben versehen, um die medizinisch notwendige Versorgung mit Heilmitteln in allen Fällen zu gewährleisten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zu Beginn des Jahres 2004 eine gegenüber dem Ausgangsbeschluss geänderte Fassung der Heilmittel-Richtlinien beschlossen. Er hat mit den Änderungen die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geforderten Regelungen im Wesentlichen umgesetzt. Im Unterschied zu den zunächst vorgelegten Richtlinien sieht die am 01.07.2004 in Kraft getretene Neufassung insbesondere Folgendes vor:

#### 1. Längerfristige Verordnungen

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittel-Kataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen prognostischen Begründung durch den behandelnden Arzt. Der Arzt ist in diesen Fällen nicht mehr an die im Übrigen geltenden maximalen Verordnungsmengen bei Erst- und Folgeverordnung (in der Regel sechs



Einheiten bei physikalischer Therapie, zehn Einheiten bei Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) gebunden, sondern kann die Verordnungsmenge nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls selbst bestimmen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist.

Mit dieser Regelung wird eine längerfristige Behandlung insbesondere von Patienten mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen oder Behinderungen ermöglicht (z. B. halbseitig gelähmte Patienten nach Schlaganfall).

## 2. Therapiepause

Im Falle der längerfristigen Verordnung (d. h. Verordnungen über die Gesamtverordnungsmenge hinaus, vgl. hierzu 1.) übernimmt die Krankenkasse nach Vorlage der Verordnung durch den Versicherten die Kosten des Heilmittels bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung einer Genehmigung. Eine Rückforderung bereits erbrachter Leistungen ist unzulässig.

Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass die Patienten, die einer kontinuierlichen Heilmittelbehandlung bedürfen, diese erhalten, ohne dass wegen eines Genehmigungsverfahrens der Krankenkasse eine Therapiepause eintritt. Durch das Verbot der Rückforderung besteht für den Versicherten Rechtssicherheit, dass er die Kosten für bereits erbrachte, aber nicht genehmigungsfähige Leistungen nicht zu erstatten hat.

## 3. Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit zentralen Bewegungsstörungen

Versicherte mit zentralen Bewegungsstörungen erhalten längstens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine spezielle auf Kinder ausgerichtete Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta (KG-ZNS-Kinder). Nach Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten die Versicherten die für Erwachsene vorgesehene Form der Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta bzw. PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) (KG-ZNS).

Die Krankengymnastik für Kinder unterscheidet sich von der Erwachsenenform durch längere Richtwerte für die Regelbehandlungszeit und eine höhere Qualifikation des Therapeuten.

Durch die Hochsetzung der ursprünglich vom Bundesausschuss in seinem Beschluss vom 1. Dezember 2003 vorgesehenen Altersgrenze von 12 auf 18 Lebensjahre ist sichergestellt, dass Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine altersgerechte Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta erhalten. Da der Therapeut mit Qualifikation für die kindgerechte Form auch immer die Qualifikation für die Erwachsenenform der Krankengymnastik hat, kann ein Patient auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres durch seinen bisherigen Therapeuten weiterbehandelt werden.

## 4. Bemessung der Gesamtverordnungsmenge

Die Höhe der in dem Heilmittel-Katalog aufgeführten diagnosegruppenspezifischen Gesamtverordnungsmengen ist jeweils als zum aufgeführten Zahlenwert nächstliegendes ganzzahliges Vielfaches der maximalen Verordnungsmenge zu gestalten. Bei der Diagnosegruppe WS2 „Wirbelsäulenerkrankungen“ ergibt sich z. B. aus der maximalen Verordnungsmenge von 6 und einer zunächst vorgesehenen Gesamtverordnungsmenge von bislang 20 Einheiten nunmehr eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Einheiten als nächstliegendes ganzzahliges Vielfaches von 6 Verordnungen. Damit wird vermieden, dass pro Verordnungsblatt kleinste Verordnungsmengen verordnet werden, da der Versicherte anderenfalls mit einer unverhältnismäßigen Zuzahlung pro Verordnungsblatt belastet würde.

## 5. Verhältnis der Heilmittel zur Frühförderung

Es wird klargestellt, dass der Anspruch auf Frühförderung nach § 30 SGB IX den Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln unberührt lässt.

514 Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde seit dem 01.07.1997 die gesetzliche Zuzahlung zu Heilmitteln von 10 auf 15% der Kosten erhöht. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung. Die Zuzahlung wird direkt an die abgebende Stelle, also z. B. den Masseur, Krankengymnasten, Logopäden oder den Arzt, geleistet. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde die Zuzahlung auf 10% der Kosten des Heilmittels abgesenkt und eine zusätzliche Zuzahlung in Höhe von 10 Euro je Verordnungsblatt eingeführt.



515 Mit In-Kraft-Treten des Arzneimittelbudget-Ablösegesetzes zum 31.12.2001 wurde die bis dahin zur Sicherung einer wirtschaftlichen Arznei- und Heilmittelversorgung genutzte Budgetsteuerung aufgehoben, da sie nicht erfolgreich war und mit erheblichen Umsetzungsproblemen verbunden war. An deren Stelle sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen auf der Landesebene je eine gesonderte Arznei- bzw. Heilmittelvereinbarung treffen. Dabei soll prospektiv ein Ausgabenvolumen vereinbart werden sowie Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und Maßnahmen, die auf deren Erreichung ausgerichtet sind. Statt des bisherigen rückwirkenden Kollektivregresses bei allen Vertragsärzten werden die Vorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen, die von den Vertragspartnern auf der Landesebene zu vereinbaren sind, konkretisiert und praxisgerechter ausgestaltet. Praxisbesonderheiten können flexibel berücksichtigt werden. Wesentliche Änderung des Gesetzes ist neben der Trennung der Ausgabevolumen von Arznei- und Heilmitteln die Abschaffung des so genannten „Kollektivregresses“ für Ärzte. Aber auch nach Wegfall des Kollektivregresses bleibt die individuelle Verantwortung des Vertragsarztes für die Wirtschaftlichkeit seiner Verordnung erhalten. Dabei kommt es ganz entscheidend darauf an, dass er die richtige Indikation (Diagnose) stellt und darauf die Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln zum Erreichen des Therapiezieles ausrichtet.

516 Für den einzelnen Arzt gelten auch weiterhin auf der Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene vereinbarte Richtgrößen, deren Überschreitung eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auslösen kann. Die gesetzlichen Regelungen sehen flexible Möglichkeiten einer Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten vor, die für alle Vertragsärzte zum Tragen kommen können. Es ist dabei Aufgabe der Vertragsparteien praxisgerechte Lösungen herbeizuführen.

517 Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Heilmittelversorgung wurde in das 2. GKV-Neuordnungsgesetz das mit den Partnern der Selbstverwaltung abgestimmte Partnerschaftsmodell aufgenommen. Damit werden im Heilmittelbereich – ebenso wie in den Bereichen häusliche Krankenpflege, Kuren und Rehabilitation – die Verbände der nichtärztlichen Leistungserbringer partnerschaftlich bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der

Versorgung eingebunden. Die Heilmittelverbände schließen dazu mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitliche Rahmenempfehlungen und werden bei der Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss stärker beteiligt. Eine Hilfestellung für eine effiziente und effektive Heilmittelversorgung wird den verordnenden Vertragsärzten darüber hinaus mit den geltenden Heilmittel-Richtlinien gegeben.

518 Die Heilmittel dürfen zu Lasten der GKV gemäß § 124 Abs. 2 SGB V nur von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden. Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erteilt. Die Leistungserbringer müssen für die Zulassung eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung und eine sachgerechte Praxisausstattung vorweisen sowie die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennen. In einer gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen wird einheitlich für alle Kassenarten festgelegt, welche Berufe unter welchen Voraussetzungen zuzulassen sind. Zu den zugelassenen Leistungserbringern zählen insbesondere Masseur, Krankengymnasten, Logopäden sowie Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.

519 Neue Heilmittel dürfen nur dann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt hat und außerdem in den Heilmittel-Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

### **Hilfsmittel**

520 Versicherte der GKV haben nach § 33 SGB V Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankheitsbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht

bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind nach der Definition des Bundessozialgerichts Gegenstände, die nicht für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt oder hergestellt werden, sondern allgemein im täglichen Leben Verwendung finden. Den Krankenkassen ist es verwehrt, hierfür Kosten zu übernehmen. Ebenfalls besteht kein Anspruch auf Hilfsmittel, die wegen ihres geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzens oder ihres geringen Abgabepreises nach § 34 SGB V ausgeschlossen wurden (z. B. Brillenetuis, Gummihandschuhe, Fingerlinge).

521 Im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen, das mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1989 eingeführt wurde, sind die von der Leistungspflicht der GKV umfassten Hilfsmittel aufgeführt. Das Hilfsmittelverzeichnis gewährleistet u. a. eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat auf die Erstellung des Verzeichnisses sowie auf die Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis keinen Einfluss. Der Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit Hilfsmitteln wird durch das Hilfsmittelverzeichnis nicht eingeschränkt. Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel, das nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten ist, obliegt es der zuständigen Krankenkasse zu prüfen, ob im Einzelfall eine Versorgung im Sinne der §§ 33 und 12 SGBV erforderlich ist.

522 Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde seit dem 01.01.2004 für alle Hilfsmittel eine Zuzahlung der Versicherten in Höhe von 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens aber 10 Euro, eingeführt. Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind von der 10-prozentigen Zuzahlung befreit. Die Zuzahlung ist an die Stelle zu leisten, die die Hilfsmittel abgibt. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei Inkontinenz), gilt eine Zuzahlung in Höhe von 10% je Verbrauchseinheit, jedoch höchstens 10 Euro pro Monat.

523 Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen seit dem 01.01.2004 auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf schwer sehbeeinträchtigte Versicherte begrenzt worden. Nicht unter die Leistungsbegren-

zung fallen therapeutische Sehhilfen, soweit sie der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Durch den unveränderten Leistungsanspruch bei Kindern und Jugendlichen sowie bei schwer sehbeeinträchtigten Versicherten wird deren besonderen Bedürfnissen Rechnung getragen. Bei Kindern und Jugendlichen besteht der Leistungsanspruch insbesondere deswegen, weil Sehfehler, die in der frühen Kindheit nicht korrigiert werden, später auch hinsichtlich der Folgekosten meist nur noch unvollständig behebbar sind. Ein normales Sehen ist für die Gesamtentwicklung im Kindes- und Jugendalter jedoch von großer Bedeutung. Bei Erwachsenen wird der Leistungsanspruch auf zwingend medizinisch notwendige Ausnahmefälle begrenzt. Derartige Ausnahmen liegen dann vor, wenn Versicherte aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese ist gegeben, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge höchstens 0,3 (= 30%) oder das beidäugige Gesichtsfeld höchstens 10 Grad bei zentraler Fixation beträgt. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf therapeutische Sehhilfen. Hierbei handelt es sich um Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

524 Für Hilfsmittel wurde den Krankenkassen mit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1989 – ebenso wie bei Arzneimitteln – die Möglichkeit eröffnet, Festbeträge festzulegen. Festbeträge sollen im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige sowie in der Qualität gesicherte Versorgung ohne Zuzahlung gewährleisten. Gleichzeitig sollen sie Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen und einen wirksamen Preiswettbewerb zwischen den Anbietern auslösen.

525 Festbeträge für Hilfsmittel wurden bis zum Inkraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes in einem zweistufigen Verfahren festgelegt. Zunächst hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen Hilfsmittel in Gruppen zusammenzufassen, die in ihrer Funktion gleichartig und gleichwertig sind. Ausgenommen von der Festbetragskonzeption waren bestimmte Sonderanfertigungen wie etwa individuell gefertigte Prothesen, für die auch weiterhin Vertragspreise gelten. In einer zweiten Stufe legten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände

der Ersatzkassen gemeinsam für den Bereich eines Landes Festbeträge fest. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene sind bzw. waren die Stellungnahmen der Verbände der betroffenen Leistungserbringer und der Verbände der Behinderten bei der Entscheidung der Kassenseite zu berücksichtigen.

526 Die seit dem Jahr 1989 bestehende Festbetrags-Konzeption für Hilfsmittel ist durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in zwei wesentlichen Punkten verändert worden:

- Die Festbetrags-Festsetzung erfolgt nicht mehr durch die Landesverbände der Krankenkassen, sondern gemeinsam und einheitlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene.
- Es erfolgt eine Modifizierung, die - ebenso wie bei den Arzneimitteln - vorsieht, dass die Festbeträge „mindestens einmal im Jahr zu überprüfen“ sind. Damit soll gewährleistet werden, dass eine Anpassung der Festbeträge an eine veränderte Marktlage innerhalb eines angemessenen Zeitraumes zu erfolgen hat.

527 Vor der Festlegung der Festbeträge ist den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer und den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Nach Auswertung der zu der durchgeführten Anhörung eingegangenen Stellungnahmen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 01.12.2004 Festbeträge für die Produktbereiche Einlagen, Hörhilfen, aufsaugende Inkontinenzhilfen, phlebologische Kompressionshilfsmittel (zur Venenkompression), Sehhilfen und Stomaartikel beschlossen. Die Festbeträge gelten seit dem 01.01.2005 und haben die früheren landesweiten Festbeträge ersetzt.

528 Seit 2005 erhalten die Versicherten in ganz Deutschland den gleichen Betrag von ihrer Krankenkasse für diese Hilfsmittel. Die nicht gerechten Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt es seitdem nicht mehr. Früher wurden für eine bestimmte Einlage z. B. in Sachsen 41,41 Euro in Nordrhein-Westfalen 44,48 Euro und im Saarland 53,17 Euro gezahlt. Nun erhalten alle Versicherten 46,64 Euro von ihrer Krankenkasse. Die Regelung beseitigt die bestehende Intransparenz für alle Beteiligten, die durch die von Bundesland zu Bundesland in unterschiedlicher Höhe festgesetzten Festbeträge besteht.

Durch die Festsetzung von einheitlichen Festbeträgen auf Bundesebene wird das Festsetzungsverfahren vereinfacht. Für die Produktbereiche der so genannten ableitenden Inkontinenzhilfen (Katheter, Urinbeuteln etc.) und der Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie bei lymphatischen Versorgungen wurden keine Festbeträge festgesetzt. Für diese Bereiche gelten seit Januar 2005 die bestehenden Vergütungsregelungen weiter.

529 Sieht man von den gesetzlichen Zuzahlungen für Hilfsmittel ab, so soll den Versicherten bei Hilfsmitteln zum Festbetrag grundsätzlich eine Versorgung ohne Eigenanteil möglich sein. Dabei kommt es zum einen darauf an, dass Versicherte auch bereit sind, preisgünstige und qualitätsgesicherte Leistungen zum Festbetrag nachzufragen. Zum anderen sind die Krankenkassen im Rahmen ihrer Informations- und Aufklärungspflicht gefordert, ihren Versicherten Leistungserbringer zu benennen, die bereit sind, Hilfsmittel zum Festbetrag oder zu niedrigeren Preisen abzugeben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zugesichert, dass die Versicherten im Regelfall nicht mit Eigenanteilen zu rechnen haben und die Krankenkassen ihre Versicherten über Leistungserbringer informieren, die zum Festbetrag liefern. Versicherte sollten sich daher vor der Versorgung mit Hilfsmitteln an ihre Krankenkasse wenden, um Eigenanteile zu vermeiden.

530 Für die übrigen Bereiche der Hilfsmittelversorgung, für die keine Festbeträge festgesetzt worden sind, gelten Vertragspreise. Die Krankenkassen sind nach § 127 Abs. 3 SGB V verpflichtet, sowohl Versicherte als auch zugelassene Leistungserbringer über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der vertraglich auf der Grundlage von Ausschreibungen mit einzelnen Leistungserbringern vereinbarten Preise zu unterrichten. Die Informationspflicht gegenüber den Leistungserbringern schafft die Voraussetzung dafür, dass die Versicherten über den Umfang der Kassenleistung sowie über einen gegebenenfalls zu zahlenden Eigenanteil durch Leistungserbringer vor Inanspruchnahme eines Hilfsmittels informiert werden. Auf Nachfrage informieren die Kassen Versicherte auch über Leistungserbringer, die Hilfsmittel zum Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels der auf der Basis von Ausschreibungen vereinbarten Preise abgeben. Außerdem ist vorgesehen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich produktbezogene Empfehlungen zur Fortbildung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln

und zur Qualitätssicherung der Leistungserbringer abgeben (§ 139 SGB V).

531 Ebenso wie Heilmittel dürfen Hilfsmittel nur von zugelassenen Leistungserbringern zu Lasten der GKV abgegeben werden. Eine Zulassung ist demjenigen auszusprechen, der eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet. Der Gesetzgeber hat damit zum Ausdruck gebracht, dass er keine Zulassungshürden wünscht, die einen Preiswettbewerb – unter Beachtung der Qualitätsaspekte – verhindern.

Für Hilfsmittel werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsame Qualitätsstandards entwickelt, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V veröffentlicht werden. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht der GKV umfassten Hilfsmittel aufzuführen. Den Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer wurde mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz ein größeres Mitspracherecht vor der Erstellung und der regelmäßig vorzunehmenden Fortschreibung des Verzeichnisses eingeräumt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich mit den von den Hilfsmittelerbringern und den Herstellern von Hilfsmitteln vorgetragenen Argumenten auseinander zu setzen. Aus der Entscheidung muss ersichtlich sein, dass dies erfolgt ist und warum die Spitzenverbände der Krankenkassen ggf. davon abgewichen sind. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden entsprechende Beteiligungsrechte auf die Patientinnen und Patienten übertragen (§ 140 f SGB V). Das Letztentscheidungsrecht bleibt allerdings bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

532 Auf der Grundlage des Hilfsmittelverzeichnisses werden im Rahmen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Hilfsmittel-Richtlinien besondere Arztinformationen erstellt. Sie unterrichten den Arzt über die in die Leistungspflicht der GKV fallenden und qualitativ geprüften Hilfsmittel und sollen bei der Hilfsmittelverordnung vom Arzt beachtet werden.

## Krankenhäuser

### Anspruch auf Krankenhausbehandlung

533 Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht (§ 39 Abs. 1 SGB V). Versicherte haben

Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die stationäre Krankenhausbehandlung ist zeitlich unbegrenzt. Sie umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit des Patienten für seine medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die Zuzahlung des GKV-Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, beträgt für eine vollstationäre Behandlung seit dem 01.01.2004 10 Euro je Kalendertag und zwar für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres (§ 39 Abs. 4 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGBV).

### Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern

534 Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht nur in zugelassenen Krankenhäusern (§§ 108, 107 Abs. 1 SGB V). Dies sind

- Hochschulkliniken,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, und
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben.

Die zugelassenen Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur stationären Behandlung der Versicherten verpflichtet.

### Wahl des Krankenhauses

535 Der versicherte Patient kann unter den zugelassenen Krankenhäusern grundsätzlich frei wählen. Wählt der Patient ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, kann ihm seine Krankenkasse die Mehrkosten ganz oder teilweise zuordnen (§ 39 Abs. 2 SGB V). Ein nicht zugelassenes Krankenhaus darf nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden; die Zustimmung

kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieses Leistungserbringers rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist (§ 13 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V).

### **Kündigung von Versorgungsverträgen**

536 Die Landesverbände der Krankenkassen können einen Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus, für das kein Bedarf mehr besteht, kündigen und dem Krankenhaus damit die Zulassung zur stationären Versorgung von Kassenpatienten entziehen (§ 110 Abs. 1 SGB V). Die Kündigung kann auf einzelne Abteilungen beschränkt werden. Bei Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind, ist die Kündigung mit dem Antrag an die zuständige Landesbehörde zu verbinden, das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen. Im Hinblick auf die besondere Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung bedarf eine Kündigung der Genehmigung durch das betreffende Bundesland (§ 110 Abs. 2 SGB V).

### **Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus**

537 Die Regelung zur vor- und nachstationären Behandlung erlaubt dem Krankenhaus, Versicherte in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln, um die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten oder im Anschluss an eine möglichst kurze vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (§ 115a SGB V). Voraussetzung ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt. Das Krankenhaus darf den Patienten innerhalb von fünf Tagen vor der Aufnahme an drei Tagen ambulant behandeln. Außerdem ist in einem Zeitraum von vierzehn Tagen (nach Organtransplantationen: drei Monate) nach Entlassung aus dem Krankenhaus an sieben Tagen eine ambulante Behandlung möglich. Ziel der gesetzlichen Regelung ist es, die vollstationäre Krankenhausbehandlung auf das medizinisch notwendige Maß zu reduzieren. Die Vergütung erfolgt über eine fachabteilungsbezogene Pauschale, und zwar bei der vorstationären Behandlung pro Fall und bei der nachstationären Behandlung pro Behandlungstag.

### **Ambulantes Operieren und ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser**

538 Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat die Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Operationen zugelassen (§ 115b SGB V). Seit dem 01.01.1993 können Patienten zur stationären Behandlung zugelassene Krankenhäuser auch zur ambulanten Durchführung einer Operation aufsuchen. Grundlage des ambulanten Operierens durch Krankenhäuser ist ein dreiseitiger Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztliche Bundesvereinigung mit einem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und mit einheitlichen Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der Ersatz aufwendigerer, stationärer Krankenhausleistungen durch weniger aufwendige ambulant durchgeführte Operationen liegt zum einen im Interesse der Patienten und zum anderen wird dadurch ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet. Auch können die Krankenkassen seit dem 01.01.2004 aufgrund des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003 mit zur stationären Versorgung zugelassenen Krankenhäusern Einzelverträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Das Gesetz enthält einen entsprechenden Leistungs- und Krankheitenkatalog, den der Gemeinsame Bundesausschuss fortlaufend zu ergänzen und zu überprüfen hat.

### **Leistungsorientierte und pauschalierte Vergütung/DRG-Vergütungssystem**

539 Zum 01.01.1993 wurde das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft. An dessen Stelle ist ein zunehmend leistungsbezogenes Vergütungssystem getreten. Seit 1995 wurden in Teilbereichen schrittweise leistungsorientierte, pauschalierte Vergütungen (Sonderentgelte und Fallpauschalen) eingeführt. Während die Fallpauschalen die gesamte Krankenhausbehandlung des Patienten umfassen, beziehen sich Sonderentgelte nur auf die Operationsleistung; diese Entgelte sind unabhängig von den Kosten der einzelnen Krankenhäuser.

540 Die Bestimmung von Fallpauschalen und Sonderentgelten war bis 1997 Aufgabe der Bun-



desregierung. Seit 1998 war es Aufgabe der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft), für weitere Leistungen Fallpauschalen und Sonderentgelte zu entwickeln und zu vereinbaren sowie die Entgelte an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Kosten anzupassen. Bis 2002 wurden etwa 25% der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet, der Rest über tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesätze) als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen.

541 Seit 2003 wird dieses gemischte System durch ein umfassendes pauschalierendes Vergütungssystem für alle voll- und teilstationären Leistungen ersetzt. Dazu hat das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene verpflichtet, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu vereinbaren; ausgenommen ist nur der Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin, der weiterhin nach der Bundespflegesatzverordnung über tagesgleiche Pflegesätze vergütet wird. Mit dem Fallpauschalensystem verbindet der Gesetzgeber hohe Erwartungen: Transparenz über das Leistungsgeschehen, Abbau von Fehlanreizen (insbesondere Verkürzung der Verweildauer auf das medizinisch notwendige Maß) sowie Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung (vom Einkauf über den Materialverbrauch bis hin zur Prozessoptimierung). Mehrfacherkrankungen und komplizierte Verläufe müssen naturgemäß differenzierte Vergütungen zur Folge haben. Auch sind Zu- und Abschläge zum Ausgleich von Versorgungsbedingungen vorgesehen, die nicht in allen Krankenhäusern gleich sind. Das Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002 regelt die Einbindung der DRG-Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups) in die Krankenhausfinanzierung. Insbesondere werden die Fragen der Preisgestaltung, der Mengenbegrenzung und der Einbindung der Fallpauschalen in den Grundsatz der Beitragsstabilität festgelegt. Während der bis Ende 2008 laufenden sogenannten Konvergenzphase der DRG-Einführung werden die bisherigen kostenorientierten Krankenhausbudgets sukzessive in ein Preissystem mit

leistungsbezogenen Erlösbudgets (Konvergenz zu landeseinheitlichen Basisfallwerten) überführt.

542 Auf der Grundlage des Fallpauschalengesetzes konnten Krankenhäuser seit dem 01.01.2003 ihre Leistungen mit DRG-Fallpauschalen abrechnen (Optionsmodell 2003). Seit 2004 ist das neue Vergütungssystem für alle Krankenhäuser verbindlich. Für das Optionsmodell 2003 wurde der australische DRG-Katalog verwendet, der Ausgangsbasis für die Entwicklung einer deutschen DRG-Klassifikation war. Für diesen Katalog wurden erstmals Preise (Bewertungsrelationen) auf der Basis der Verweildauer und der Kosten in deutschen Krankenhäusern kalkuliert. Für das Jahr 2006 ist ein von den Selbstverwaltungspartnern beschlossener Fallpauschalenkatalog in Kraft, der 954 DRGs umfasst. Mit den bisherigen Fallpauschalenkatalogen wurde von Jahr zu Jahr eine bessere Differenzierung der Bewertungsrelationen zwischen einfachen und teuren Leistungen erzielt. Insbesondere konnte eine sachgerechtere Vergütung der Hochleistungsmedizin erreicht werden. Auch mit dem DRG-Katalog 2006 wird die Leistungsorientierung der Vergütung weiter verbessert (z. B. die weitere Ausdifferenzierung in der Intensivmedizin, der Einstieg in die Abbildung der Schlaganfallbehandlung, die Abbildung von Chemotherapien nach Komplexität statt nach Darreichungsform, die Einführung von 51 zusätzlichen Alterssplits bei pädiatrischen DRGs).

### **Gemeinsamer Bundesausschuss zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Sektor**

543 Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer sind mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 beauftragt worden, einen Ausschuss Krankenhaus zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu bilden (§ 137c SGB V). Aufgabe des Ausschusses ist es, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die in Krankenhäusern bereits angewandt werden oder angewandt werden sollen, auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft daraufhin zu prüfen, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.



Ein laufendes Prüfverfahren entfaltet keine Sperrwirkung; erst ein negatives Votum des Ausschusses schließt den Einsatz der Methode zu Lasten der GKV in den Krankenhäusern aus. Die Regelung gilt für alle zur Behandlung GKV-Versicherter zugelassenen Krankenhäuser, also auch für Universitätskliniken; die Durchführung klinischer Studien bleibt ohnehin unberührt. Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern und zu vermeiden, dass medizinisch fragwürdige Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbracht werden. Seit dem 01.01.2004 werden die Aufgaben des Ausschusses Krankenhaus durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGBV) als neue sektorenübergreifende Rechtsetzungseinrichtung der Selbstverwaltung wahrgenommen; er beschließt je nach Versorgungsbereich in unterschiedlicher Besetzung (jeweils drei unparteiische Mitglieder und ferner im Krankenhausbereich neun Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und neun Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses innerhalb von zwei Monaten beanstanden (Rechtsaufsicht).

## Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

### Medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation

544 Die Krankenkasse kann die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Vorsorgeeinrichtung bewilligen, wenn ambulante medizinische Vorsorgeleistungen nicht ausreichen (§ 23 Abs. 4 SGB V). Entsprechendes gilt für die stationäre medizinische Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V). Die medizinische Vorsorge soll eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenwirken. Dagegen zielt die medizinische Rehabilitation darauf ab, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Heilbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen; insbesondere soll eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit möglichst vermieden werden. Ebenso wie im Akutkrankenhaus steht in einer Vorsorgeeinrichtung

oder einer Rehabilitationseinrichtung die stationäre Versorgung unter ärztlicher Verantwortung und erfolgt nach einem gezielten ärztlichen Behandlungsplan. Während aber im Krankenhaus die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Behandlung im Vordergrund steht und die Pflege in aller Regel der ärztlichen Behandlung untergeordnet ist, ist in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Behandlung eher nebengeordnet. Es geht in erster Linie darum, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkungen sowie durch die Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen und ihm bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen (§ 107 Abs. 2 SGB V). Andererseits sollen auch bereits im Akutkrankenhaus notwendige frührehabilitative Maßnahmen durchgeführt werden, solange der Patient ohnehin akutstationär behandelt werden muss (§ 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

### Zulassung/Versorgungsauftrag

545 Anders als bei den Krankenhäusern erfolgt die Zulassung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zur stationären Versorgung von Kassenpatienten ausschließlich durch einen Versorgungsvertrag, den die Landesverbände der Krankenkassen und der Träger der Einrichtung abschließen (§ 111 SGB V). Voraussetzung ist insbesondere, dass die Einrichtung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten notwendig ist. Besitzt eine Einrichtung keinen Versorgungsvertrag, können dort Patienten grundsätzlich nicht auf Kosten der GKV behandelt werden (§ 111 Abs. 4 in Verbindung mit § 23 Abs. 4 und § 40 Abs. 2 SGB V).

### Vergütung

546 Während Gesetz- und Verordnungsgeber die Vergütung für die akutstationäre Krankenhausbehandlung detailliert geregelt haben, werden die Vergütungen für die Leistungen von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen frei zwischen dem Träger der Einrichtung und den Krankenkassen vereinbart. Eine Genehmigung der vereinbarten Vergütung durch das Land ist – wiederum anders als im Krankenhaussektor – nicht vorgesehen. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen müssen sich allerdings – ebenso wie die Krankenhäuser – an Maßnahmen zur Qualitätssicherung beteiligen.

## Die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung

### Organisation

547 Die GKV wird von 254 Krankenkassen (Stand 01.01.2006) durchgeführt, die nach regionalen, betrieblichen und berufsbezogenen Kriterien entstanden sind. Sie gliedern sich in Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, die See-Krankenkasse für die auf Seeschiffen Beschäftigten, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und die Ersatzkassen.

548 Die Krankenkassen sind finanziell und organisatorisch selbständig, unterliegen jedoch staatlicher Aufsicht. Bei allen Krankenkassen handelt es sich um Selbstverwaltungskörperschaften, deren Verwaltungsräte sich normalerweise paritätisch aus gewählten Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammensetzen. Abweichend hiervon besteht – historisch bedingt – der Verwaltungsrat der Ersatzkassen nur aus Vertretern der Versicherten. Der Verwaltungsrat hat insbesondere die Satzung sowie deren Änderungen zu beschließen. Er entscheidet in diesem Rahmen über die Höhe des Beitragssatzes der Krankenkasse sowie zum Beispiel über die Einführung von Mehrleistungen.

549 Neue Krankenkassen können nur als Betriebs- oder Innungskrankenkasse errichtet werden; die Neuerrichtung anderer Kassenarten sieht das Krankenversicherungsrecht nicht vor. Voraussetzungen für die Errichtung einer Betriebskrankenkasse sind, dass in dem Betrieb regelmäßig mindestens 1000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden, die Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten dem Errichtungsantrag des Arbeitgebers zustimmt und die Leistungsfähigkeit der Betriebskrankenkasse auf Dauer gesichert ist. Für die Errichtung von Innungskrankenkassen müssen in den Handwerksbetrieben, die der antragstellenden Innung angehören, mindestens 1000 Versicherungspflichtige beschäftigt sein und die Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten der Errichtung zustimmen. Das Verfahren der Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen wird grundsätzlich von den Aufsichtsbehörden durchgeführt.

550 Die Erfahrungen hatten gezeigt, dass die gesetzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung der

Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit durch Kassenzusammenschlüsse in der Vergangenheit nur selten genutzt worden waren. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 sind deshalb die Vereinigungen von Ortskrankenkassen und von Innungskrankenkassen ab 1993, von Betriebskrankenkassen ab 1996 erheblich erleichtert worden. Unter bestimmten Voraussetzungen ist die Landesregierung verpflichtet, Orts- oder Innungskrankenkassen auf Antrag des Landesverbandes zusammenzuschließen. Für Ersatzkassen bestehen erstmals seit 1995 Vereinigungsmöglichkeiten. Durch diese Neuregelungen ist die Zahl der Krankenkassen seit 1993 auf weniger als ein Viertel gesunken.

### Kassenwahlmöglichkeiten

551 Das Gesetz hatte bis Ende 1995 bestimmt, welche Krankenkasse für den einzelnen Versicherten zuständig war. Arbeiter und Angestellte hatten unterschiedliche Kassenwahlrechte. Diese verfassungsrechtlich und sozialpolitisch unvermeidbare Ungleichbehandlung im Mitgliedschaftsrecht wurde ab 1996 durch die Einführung der Kassenwahlfreiheit für alle Versicherten beseitigt:

- alle Mitglieder der GKV haben Zugang zu allen Ersatzkassen,
- Mitglieder von Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen können auch Ortskrankenkassen am Wohnort oder Beschäftigungsort wählen und
- Betriebs- und Innungskrankenkassen sind für Mitglieder wählbar, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht, oder wenn sie der Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuletzt angehört haben oder der Ehegatte dort versichert ist. Außerdem haben Betriebs- und Innungskrankenkassen seit 1996 die Möglichkeit, sich für alle übrigen Mitglieder in ihrem „Bezirk“ durch Satzungsregelungen zu öffnen.

552 Sowohl Versicherungspflichtige als auch freiwillig Versicherte können seit dem 01.01.2002 die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum Ende des übernächsten Kalendermonats kündigen. An die Ausübung des Kassenwahlrechts sind sie anschließend 18 Monate gebunden, d. h., ein erneuter Kassenwechsel ist erst dann wieder möglich, wenn diese Bindungsfrist abgelaufen ist. Ein vorzeitiger Kassenwechsel ist nur möglich, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz ändert. Eine Beitragssatzänderung,

die zu einer vorzeitigen Kündigung berechtigt, liegt auch vor, wenn die Mitglieder einen höheren Beitrag entrichten müssen, weil sich ihre Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse vereinigt hat.

553 Bei einem Kassenwechsel innerhalb der GKV wird die Kündigung allerdings nur dann wirksam, wenn das Mitglied die neue Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweisen kann. Diese Mitgliedsbescheinigung wird von der neu gewählten Krankenkasse ausgestellt.

554 Die Kassenwahlmöglichkeiten gelten für Mitglieder der See-Krankenkasse, der Bundesknappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung aufgrund ihrer organisatorischen Besonderheiten grundsätzlich nicht.

### Risikostrukturausgleich

555 Durch die Neuregelung der Kassenwahlrechte ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstärkt worden. Voraussetzung für die Ausweitung der Kassenwahlrechte war deshalb der Abbau von Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Die bis 1993 geltenden Regelungen über Finanzausgleiche innerhalb der jeweiligen Kassenarten auf Landes- oder Bundesebene sind daher durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung zum 01.01.1994 durch den Risikostrukturausgleich (RSA) ersetzt worden. Seit 1995 ist auch die Krankenversicherung der Rentner in den Risikostrukturausgleich einbezogen und der bisherige Finanzausgleich in diesem Bereich abgeschafft.

556 Vor Einführung des Risikostrukturausgleichs gab es bei weitgehend gleichem Leistungsangebot starke Abweichungen zwischen den Beitragssätzen der Krankenkassen. Diese Abweichungen waren zu einem großen Teil auf die unterschiedlichen Versicherungsstrukturen der Krankenkassen zurückzuführen. Ziel des Risikostrukturausgleichs ist es, diese strukturell bedingten Beitragssatzunterschiede und damit die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen abzubauen und die Beitragsbelastung der Versicherten und Arbeitgeber gerechter zu gestalten. Mit dem Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen der von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschiede in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne), der Zahl der beitragsfrei Familienversicherten, des Geschlechts und des Alters der Versi-

cherten ausgeglichen. Im Gegensatz zu den früheren Finanzausgleichen werden im Risikostrukturausgleich nicht die tatsächlich entstandenen Ausgaben einer Krankenkasse, sondern standardisierte, d. h. am Ausgabendurchschnitt aller Krankenkassen orientierte, Leistungsausgaben (ohne Verwaltungskosten) berücksichtigt. Dieses Verfahren gewährleistet, dass Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die unterschiedliche, im Ausgleich berücksichtigte Risikobelastung der Krankenkassen zurückzuführen sind, ausschließlich aus den Beitragseinnahmen der Krankenkassen finanziert werden.

557 Am 01.01.2002 ist das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA-Reformgesetz) in Kraft getreten. Dieses Gesetz beinhaltet drei zentrale Bausteine:

- Krankenkassen, die ihren Versicherten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für ausgewählte chronische Krankheiten anbieten, werden hierfür im Rahmen des Risikostrukturausgleichs gefördert, wenn diese Programme besonders hohen Qualitätsanforderungen entsprechen. Die Programme haben das Ziel, den Gesundheitszustand der Betroffenen langfristig zu stabilisieren und schwerwiegende Folgeschäden zu vermeiden. Damit werden die Krankenkassen erstmals in einen Wettbewerb um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch Kranken treten.
- Seit dem 01.01.2002 werden außerdem überdurchschnittlich hohe Aufwendungen für Versicherte im Rahmen eines Risikopools teilweise ausgeglichen. Berücksichtigt werden die Ausgaben für stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sowie Kranken- und Sterbegeld. Sofern die Aufwendungen für einen Versicherten im Jahr einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, trägt die Solidargemeinschaft der Krankenkassen 60% des den Schwellenwert übersteigenden Betrags. Der bisher bestehende Wettbewerbsnachteil von Krankenkassen, die eine Vielzahl überdurchschnittlich kostenintensiver Versicherte zu betreuen haben, wird dadurch abgebaut.
- Schließlich soll zum 01.01.2007 im Risikostrukturausgleich die bisher indirekte Erfassung von Morbiditätsunterschieden zwischen den Versicherten durch eine direkte Erfassung dieser

Morbiditätsunterschiede abgelöst werden. Der Risikostrukturausgleich wird dadurch zielgerichteter ausgestaltet, so dass die Krankenkassen künftig keine Beitrags- und Wettbewerbsvorteile mehr dadurch erzielen können, dass sie vor allem gesunde Versicherte an sich binden.

558 Da der Risikostrukturausgleich nicht die Höhe der Ausgaben, sondern die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Risikobelastungen der Krankenkassen ausgleicht, werden die Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen nicht beseitigt, sondern nur erheblich verringert. Verbleibende Beitragssatzunterschiede sollen vor allem auf Unterschiede im Wirtschaftlichkeitsverhalten der Beteiligten oder auf die regionale Ausstattung der medizinischen Versorgung zurückzuführen sein. Bei einer Gefährdung der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen können die jeweiligen Spitzenverbände dieser Krankenkassen in ihren Satzungen finanzielle Hilfen für Krankenkassen in besonderen Notlagen vorsehen. Diese Hilfen werden durch eine Umlage von den Krankenkassen aufgebracht, die sich an diesem Finanzausgleich beteiligen. Darüber hinaus können die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen einen Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen durchführen.

559 Der Risikostrukturausgleich wurde bis 1998 in den alten und neuen Ländern jeweils getrennt durchgeführt. Angesichts der schwierigen finanziellen Sondersituation der Krankenkassen in den neuen Ländern hat der Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen zu einer stufenweisen Aufhebung der Rechtskreistrengung im Risikostrukturausgleich getroffen:

- Mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz wurde für die Jahre 1999 bis 2001 ein auf den Ausgleich der unterschiedlichen Finanzkraft der Krankenkassen zwischen den alten und neuen Ländern begrenzter gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich vorgesehen (Finanzkraftausgleich). Im Jahre 1999 durfte dieser Ausgleich die gesetzlich vorgegebene Obergrenze von 1,2 Mrd. DM nicht überschreiten, vom Jahr 2000 ist diese Begrenzung entfallen. Außerdem wurde mit dem Gesetz eine rechtskreisübergreifende finanzielle Hilfe für Krankenkassen in besonderen Notlagen im Rahmen der oben genannten Satzungsregelung des jeweiligen Spitzenverbandes ermöglicht.

- Mit dem am 01.01.1999 in Kraft getretenen GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz wurde die zeitliche Begrenzung des rechtskreisübergreifenden Finanzkraftausgleichs aufgehoben, um dauerhaft zu einer Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse in West und Ost zu gelangen.
- Mit dem am 16.12.1999 verabschiedeten Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden seit dem Jahr 2001 die bislang für Ost und West getrennt berücksichtigten standardisierten Leistungsausgaben im Zeitraum von sieben Jahren vollständig angeglichen. Das derzeit niedrigere Niveau der Standardausgaben in den neuen Ländern wird angehoben, indem die Differenz zum Bundesdurchschnitt im Jahr 2001 in Ost und West um jeweils 25 vom Hundert und in den Nachfolgejahren um jeweils weitere 12,5 v. H. abgebaut wird. Der aus der Angleichung der Standardausgaben resultierende Betrag stockt seit 2001 die entsprechende Transfersumme aus dem Finanzkraftausgleich auf. Dies bedeutet eine merkliche Steigerung des West-Ost-Transfers im Rahmen des Risikostrukturausgleichs.

560 Aus der Gesamtheit dieser Maßnahmen ist den Krankenkassen in den neuen Ländern ein beträchtlicher Spielraum zur Stabilisierung bzw. Senkung der Beitragssätze erwachsen. Mit Altschulden belastete Krankenkassen konnten ihre Verschuldung nachhaltig abbauen. Hingegen verbietet das Gesetz, die Transfers zur Aufstockung der Vergütung für die ostdeutschen Leistungserbringer über den gesetzlich vorgegebenen Rahmen hinaus zu nutzen.

561 In seinem grundlegenden Beschluss vom 18. Juli 2005 hat das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsgemäßheit des Risikostrukturausgleichs bestätigt. Danach sind sowohl der zum 01.01.2004 in Kraft gesetzte Risikostrukturausgleich, als auch seine Weiterentwicklung durch das RSA-Reformgesetz von 2001 mit der Verfassung vereinbar, ebenso wie die vollständige Einbeziehung der neuen Länder in dieses Ausgleichsverfahren.

## Die Selbstverwaltung

### Das Prinzip der Selbstverwaltung

562 Die gesetzlichen Krankenkassen haben kraft Gesetzes das Recht zur Selbstverwaltung. Sie sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts

und erfüllen die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 1 und 3 SGB IV). Sie stehen dabei zwar unter der Aufsicht, nicht jedoch unter der weisungsberechtigten Leitung des Staates.

563 Auch die Vertragsärzte und -zahnärzte sind durch Gesetz in Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung organisiert (§ 77ff SGB V). Auch sie unterliegen staatlicher Rechtsaufsicht.

### Die Merkmale der Selbstverwaltung

564 Die Selbstverwaltung wird durch gewählte Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, bei den Ersatzkassen nur durch die Vertreter der Versicherten, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nur durch Vertreter der Vertragsärzte, grundsätzlich ehrenamtlich ausgeübt. Damit wirken diejenigen bei der Wahrnehmung der öffentlichen Aufgabe einer staatlichen Krankenversicherung eigenverantwortlich mit, die zugleich als „Beteiligte“ betroffen sind.

### Die Formen der Selbstverwaltung

565 Neben der eigentlichen Selbstverwaltung der Krankenkassen kennt die Organisation der Krankenversicherung weitere Formen der Selbstverwaltung: die Selbstverwaltung der Verbände (1) sowie die gemeinsame Selbstverwaltung (2).

(1) Die Krankenkassen schließen sich in einem stufenförmigen Aufbau auf Landes- und Bundesebene zu Verbänden zusammen. Die Verbände haben für die erforderliche Abstimmung und Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander zu sorgen. Des Weiteren schließen sie mit den Verbänden der Ärzte sowie den übrigen Leistungserbringern Verträge über die Versorgung der Versicherten und deren Vergütung (§§ 82 ff, §§ 124 ff SGB V). Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen).

(2) Gemeinsame Gremien, wie z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss, fassen insbesondere unter Beteiligung der Vertreter der Verbände der Krankenkassen, der Ärzte und auch der Krankenhäuser Beschlüsse, die von allen Beteiligten zu beachten sind. So werden in Richtlinien die Einzelheiten von

Art und Umfang der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt. Weitere Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung sind u. a. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V), die Bewertungsausschüsse zur Festlegung der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe (§ 87 SGB V), die Schiedsämter (§ 89 SGB V), die Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V) und die Prüfungsausschüsse (§ 106 SGB V).

### Die Selbstverwaltungsorgane

566 Die Selbstverwaltungskörperschaften handeln durch ihre Organe. Die Organe der Krankenkassen und ihrer Verbände sind der Verwaltungsrat und der Vorstand.

567 Der Verwaltungsrat setzt sich – in der Regel paritätisch – aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten zusammen. Er beschließt die Satzung und das sonstige autonome Recht. Dabei handelt er kraft der ihm gesetzlich verliehenen Autonomie, Recht zu setzen. Die Wirkung des von ihm gesetzten Rechts ist grundsätzlich auf den Personenkreis beschränkt, der der Krankenkasse als Mitglied oder Versicherter angehört. Inhalt der Satzung sind u. a. die satzungsrechtlich festzulegenden Leistungen sowie die Höhe der Beiträge.

568 Weitere Aufgaben des Verwaltungsrats listet das Gesetz im Einzelnen auf. U. a. hat er den Haushaltsplan festzustellen, die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten und über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen. Zusätzlich sind ihm Aufsichts- und Kontrollfunktionen übertragen, die seine Einflussmöglichkeiten sichern und stärken. So überwacht er den Vorstand, verfügt über ein erweitertes Recht der Amtsenthebung von Vorstandsmitgliedern und hat generell alle Entscheidungen zu treffen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind. Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen. Zur Erfüllung seiner Aufgaben soll er Fachausschüsse bilden.

569 Der hauptamtliche Vorstand verwaltet die Krankenkasse und vertritt sie nach außen. Er hat wesentliche Leitungs- und Organisationsaufgaben zu erfüllen. Die Mitglieder des hauptamtlichen Vorstandes werden durch den Verwaltungsrat auf 6 Jahre gewählt. Die Anzahl der Vorstandsmitglieder ist bei Krankenkassen mit bis zu 500.000 Mitgliedern auf höchstens 2, darüber hinaus auf höchstens 3 Personen



beschränkt. Die Vergütungen und Versorgungsregelungen der Vorstandsmitglieder sind regelmäßig zu veröffentlichen.

570 Die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wurden im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 1. Januar 2005 an die Gesamtentwicklung in der GKV angepasst. Es wurde ein hauptamtlicher Vorstand eingerichtet. Die Vertreterversammlung wurde verkleinert. Im hauptamtlichen Vorstand tätige Ärzte können in begrenztem Umfang eine ärztliche Nebentätigkeit ausüben. Bestanden zuvor mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10 000 Mitgliedern in einem Land, wurden diese zusammengelegt. Auch die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wurden gestrafft. Die Vergütungen und Versorgungsregelungen der Vorstandsmitglieder sind ebenfalls regelmäßig zu veröffentlichen.

### **Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung**

571 Ungeachtet einer detaillierten Gesetzgebung vor allem im Leistungsbereich der Krankenversicherung haben die Krankenkassen zahlreiche breite Wirkungsfelder zur eigenverantwortlichen Erledigung, die mit Einführung der Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung noch stärker besetzt und erweitert worden sind. Dies gilt für den Bereich der Selbstorganisation, der Finanzwirtschaft und der Personalhoheit. Auf Verbandsebene steht das weite Feld der Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden offen. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen gibt das Gesetz wichtige Entscheidungen auf, wie z. B. die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel. Entsprechendes gilt für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen.

572 Zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden Krankenkassen, ihre Spitzenverbände sowie Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene verpflichtet, entsprechende Prüf- und Ermittlungseinheiten (Missbrauchsbekämpfungsstellen) einzurichten.

573 Krankenkassen müssen über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als

Beitragsatz bzw. Umlageanteil ausweisen. Entsprechendes gilt hinsichtlich der Mittelverwendung für die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen und ihrer Verbände werden bis zum Jahr 2007 mitgliedsbezogen an die bundesdurchschnittliche Einnahmeentwicklung der Krankenkassen gebunden. Solange die Verwaltungskosten einer Krankenkasse mehr als 10% über den durchschnittlichen Verwaltungskosten liegen, werden sie eingefroren.

### **Die Verbände der Krankenkassen**

574 Die Krankenkassen bilden auf Landes- und Bundesebene Verbände, um sich untereinander abzustimmen, zusammenzuarbeiten und die Interessen ihrer Kassenart zu bündeln, aber auch um ihre Aufgaben auf Landes- und Bundesebene bei der Versorgung der Versicherten erfüllen zu können. Die Verbände sind wie die Krankenkassen selbst – mit Ausnahme der Verbände der Ersatzkassen – durch Gesetz als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.

### **Die Verbände auf Landesebene**

575 Betriebs- und Innungskrankenkassen gehören in ihrer Kassenart jeweils dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben. Mitglied des jeweiligen Landesverbandes sind damit auch solche Betriebs- und Innungskrankenkassen, die wegen ihres die Landesgrenzen überschreitenden Wirkungskreises bundesunmittelbare Krankenkassen sind. Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse derselben Kassenart, nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Dies ist bei den Ortskrankenkassen die Regel.

576 Die Ersatzkassen sind nicht zu Landesverbänden zusammengeschlossen. Ihre Spitzenverbände haben jedoch zur Erfüllung ihrer Aufgaben auf Landesebene Landesvertretungen eingerichtet. Auch die landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden keinen Landesverband; sie nehmen aber ebenso wie die Knappschaft für die knappschaftliche Krankenversicherung die Aufgaben eines Landesverbandes wahr.

577 Außer in Landesverbänden können sich Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen kassenartübergreifend zu einem regionalen Kassenverband vereinigen. Schließlich können Krankenkassen und ihre Verbände – auch kassenartübergreifend – zur gegenseitigen Abstimmung, Unterrichtung, Koordination und Förderung der engen Zusammenarbeit



Arbeitsgemeinschaften bilden. Die Rechtsform der Arbeitsgemeinschaft gibt das Gesetz nicht vor. Die Krankenkassen können z. B. als Arbeitsgemeinschaft einen rechtsfähigen Verein oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts gründen.

### Die Verbände auf Bundesebene

578 Die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen bilden jeweils einen Bundesverband. Es gibt ferner einen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, dessen Mitglieder die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind. Die Knappschaft nimmt auch die Aufgaben eines Bundesverbandes wahr. Die Ersatzkassen haben sich ebenfalls auf Bundesebene zu Verbänden zusammengeschlossen.

579 Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Knappschaft, die See-Krankenkasse und die Verbände der Ersatzkassen bezeichnet das Gesetz als Spitzenverbände der Krankenkassen, denen bestimmte gemeinsame Aufgaben zugewiesen sind.

### Rechtsnatur, innere Struktur der Verbände

580 Die Landesverbände und die Bundesverbände sind wie die Krankenkassen selbst rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Verbände der Ersatzkassen hingegen sind – historisch bedingt – sich auf freiwillige Vereinigung gründende eingetragene Vereine des Privatrechts, denen jedoch auch durch Gesetz Aufgaben zugewiesen sind. Es gibt den Verband der Angestellten- und den der Arbeiter-Ersatzkassen.

581 Die Verwaltungsräte der Verbände sind paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Die Mitgliederversammlung bei den Verbänden der Ersatzkassen besteht nur aus Vertretern der Versicherten. Im Übrigen gelten für die Organe der Verbände weithin die für die Krankenkassen selbst einschlägigen Regeln.

### Die Aufgaben der Verbände

582 Die Aufgaben der Verbände teilen sich auf in gesetzlich zugewiesene eigene Aufgaben und in unterstützende Aufgaben zugunsten ihrer Mitglieder. Die Verbände haben sich untereinander wie auch über die Kassenarten hinweg abzustimmen. Sie müssen mit Sozialleistungsträgern anderer Versicherungszweige und mit sonstigen Dritten, insbesondere den Verbänden der Leistungserbringer, zusammenarbeiten. Sie sollen sich auf eine einheitliche Rechtsanwendung

verständigen und gemeinsame Probleme im Verbund kostengünstiger, einfacher und effektiver bewältigen.

583 Als gesetzlich zugewiesene Aufgaben schließen z. B. die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene die Gesamtverträge ab und beteiligen sich u. a. an der Bildung von Schiedsämtern und Zulassungsausschüssen. Zudem wirken die Landesverbände beim Finanzausgleich der Mitgliedskassen untereinander mit.

584 Die Bundesverbände schließen ebenso wie die Verbände der Ersatzkassen z. B. Verträge auf Bundesebene ab und treffen als Spitzenverbände die gemeinsamen und einheitlichen Entscheidungen, die das Gesetz ihnen aufgibt.

585 Die Bundesverbände nehmen vielfältige Unterstützungsaufgaben zugunsten ihrer Mitglieder wahr, verstärkt auch bei der Entwicklung von Verfahren und Programmen für die elektronische Datenverarbeitung und in Wettbewerbsangelegenheiten. Im Übrigen sollen sie auch die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen. Ferner sind die Bundesverbände ermächtigt, mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Grundsatzentscheidungen zur Regelung von Vergütungen, Vorsorge und Rehabilitation zu fällen. Schließlich können die Spitzenverbände ihren Krankenkassen nach Satzungsrecht finanzielle Hilfe in besonderen Notlagen leisten.

## Die Staatsaufsicht

### Das Prinzip der Staatsaufsicht

586 Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände stehen ebenso wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen trotz ihrer Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht. Die staatliche Exekutive bleibt insbesondere gegenüber den Parlamenten dafür verantwortlich, dass die gesetzliche Krankenversicherung ihre öffentlichen Aufgaben unter Beachtung des geltenden Rechts erfüllt.

### Der Zweck der Staatsaufsicht

587 Die Aufsicht soll sicherstellen, dass die Körperschaften im Bereich der Krankenversicherung im Einklang mit dem Gesetz und sonstigem Recht verwaltet werden. Sie dient dem Schutz der Versicherten und der Körperschaft selbst vor einem Fehlverhalten der handelnden Organe. Darüber hinaus schützt sie die Rechtsordnung insgesamt und das Gemeinwohl.

**Inhalt, Reichweite und Mittel der Staatsaufsicht**

588 Da die Krankenkassen und die Verbände ihre Aufgaben aufgrund des ihnen zugestandenen Rechts zur Selbstverwaltung in eigener Verantwortung erfüllen, ist die Staatsaufsicht prinzipiell auf die Rechtskontrolle beschränkt (§ 87 Abs. 1 SGB IV). Maßstab der Rechtskontrolle ist die Vereinbarkeit des Verwaltungshandelns mit dem Gesetz und sonstigen Recht, das für die Krankenkassen und die Verbände maßgebend ist. Dabei hat die Aufsicht zu prüfen, ob die Grenzen von Beurteilungs- und Rechtsanwendungsspielräumen nicht überschritten, insbesondere unbestimmte Rechtsbegriffe „richtig“ ausgelegt und keine Ermessensfehler begangen wurden. Mit Rücksicht auf das natürliche Spannungsverhältnis zwischen Selbstverwaltung und staatlicher Aufsicht dürfen die Aufsichtsbehörden jedoch ihr Ermessen nicht an die Stelle des Ermessens der Körperschaften setzen. Bei der Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe wie z. B. des Gebotes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit haben die Körperschaften einen durch das Selbstverwaltungsrecht verstärkten Bewertungs- und Einschätzungsspielraum.

589 Über die bloße Rechtskontrolle hinaus überwacht der Staat die Körperschaften in bestimmten Fällen durch gesetzlich eingeräumte Mitwirkungsrechte. Z. B. müssen Satzungen der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie die Errichtung von Betriebs- und Innungskassen genehmigt werden. Die Aufsichtsbehörden können die Haushaltspläne der Krankenkassen und ihrer Verbände beanstanden, wenn sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen.

590 Wenn das Gesetz nichts anderes bestimmt, prüfen die staatlichen Behörden bei der Ausübung der Mitwirkungsrechte vielfach neben der Rechtmäßigkeit auch die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen der Körperschaften. Die staatliche Behörde hat dabei die Gemeinwohlbelange mit dem Eigeninteresse des Verbandes und seiner Mitglieder abzuwägen und sich am Prinzip der Selbstverwaltung sowie am rechtspolitischen Ziel und dem Inhalt der jeweiligen staatlichen Mitwirkung zu orientieren.

591 In einem besonderen Verfahren haben die zuständigen Aufsichtsbehörden die Rechtmäßigkeit der Vergütungsvereinbarungen zu prüfen, welche die Verbände der Krankenkassen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden schließen (§ 71 SGB V).

592 Die Aufsicht erstreckt sich auf die gesamte Tätigkeit der Körperschaft, also sowohl auf die Durchführung der eigentlichen Sachaufgaben als auch auf das zugehörige Verwaltungshandeln. Den Aufsichtsbehörden steht ein umfassendes Recht zur Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung der Krankenkassen und ihrer Verbände zu. Zudem sind sie berechtigt, von den ihrer Aufsicht unterliegenden Einrichtungen sich alle erforderlichen Unterlagen vorlegen zu lassen und umfassende Auskunft einzuholen.

593 Wurde eine Rechtsverletzung der Krankenkassen oder ihrer Verbände festgestellt, soll die Aufsicht zunächst beratend darauf hinwirken, dass diese selbst die Rechtsverletzung beheben. Wenn die Beratung fruchtlos bleibt, kann die Aufsichtsbehörde die Körperschaft mit einer Aufsichtsordnung verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Gegen die Aufsichtsordnung kann Klage vor den Sozialgerichten erhoben werden. Ist die Aufsichtsordnung sofort vollziehbar oder unanfechtbar geworden, kann sie mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden.

594 Für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen gelten diese Vorgaben grundsätzlich entsprechend.

**Die zuständigen Aufsichtsbehörden**

595 Je nach Zugehörigkeit von Krankenkassen oder Verbänden zur Staatsverwaltung des Bundes oder der Länder gibt es eine unterschiedliche Zuständigkeit für die Aufsicht.

596 Aufsichtsbehörden der Länder sind die für die Krankenversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, also im Regelfall die Minister und Senatoren für Arbeit und Soziales, oder die durch landesrechtliche Rechtsverordnung bestimmten Behörden. Sie führen die Aufsicht

- über die Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt,
- über die Landesverbände der Krankenkassen,
- über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,
- über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

597 Erstreckt sich das Gebiet einer Krankenkasse über nicht mehr als drei Länder hinaus, führt ein

Land die Aufsicht, wenn es durch die beteiligten Länder hierzu bestimmt ist.

598 Die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt der Bund. Aufsichtsbehörden des Bundes sind das Bundesversicherungsamt (BVA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

599 Das BVA beaufsichtigt im Bereich der GKV die bundesunmittelbaren Krankenkassen, vor allem also die Ersatzkassen, ferner die bundesunmittelbaren Betriebs- und Innungskrankenkassen, schließlich die Knappschaft, die See-Krankenkasse sowie aufgrund einer Delegation den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

600 Das BMG führt die Aufsicht über die Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, über die Verbände der Ersatzkassen, über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland, über den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände und über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

601 Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder stimmen ihre aufsichtrechtlichen Einschätzungen und Vorgehensweisen in Angelegenheiten der GKV und der übrigen Sozialversicherung - insbesondere in zweimal jährlich stattfindenden Tagungen - untereinander ab.

### **Prüfung nach § 274 SGB V**

602 Mit dem In-Kraft-Treten des § 274 SGB V zum 01.01.1990 ist das Prüfwesen in der GKV neu gefasst und erweitert worden. An die Stelle der „Eigenprüfung“ der Krankenkassen (§ 342 RVO) ist eine dem BMG, dem Bundesversicherungsamt (BVA) und den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder obliegende Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände getreten. Hierbei handelt es sich um eine von der Aufsichtsprüfung zu unterscheidende eigenständige Prüfung, die nach dem Willen des Gesetzgebers in erster Linie weiterführende Überlegungen fördern sowie Orientierungs- und Entscheidungshilfen geben soll (so genannte Beratungsprüfung). Dieses moderne Verständnis einer Prüfung ist nicht primär auf die Aufdeckung von Fehlern oder Mängeln gerichtet, sondern soll einen entscheidenden Beitrag zur rechtzeitigen Erkenntnis von Schwachstellen leisten und vor allem

präventiv wirken (BR-Drucksache 200/88). Seit dem 01.01.1994 erstreckt sich die Prüfung nach § 274 SGB V auch auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (Art. 1 Nr. 146 GSG). Mit dem Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) vom 17.07.2001, das zum 01.08.2001 in Kraft getreten ist, ist die Prüfung nach § 274 SGB V auf die landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie ihre Verbände ausgedehnt worden (Art. 4 Nr. 5 LSVOrgG). Im Rahmen der Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 106 SGBV) durch das GKV-Moderernisierungsgesetz (GMG) zum 01.01.2004 sind auch die mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe betrauten gemeinsamen Ausschüsse und deren Geschäftsstellen der Prüfung nach § 274 SGBV unterstellt worden (§ 274 Abs. 1 S. 2 SGBV).

603 Zuständig für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverbände der Krankenkassen (= Bundesverbände der Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen sowie landwirtschaftlichen Krankenkassen; Knappschaft; die Verbände der Ersatzkassen; See-Krankenkasse) ist das Bundesministerium für Gesundheit, das allerdings mit Wirkung zum 01.01.2005 von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat (§ 274 Abs. 1 S. 3 SGB V), diese Aufgabe auf das Bundesversicherungsamt zu übertragen (Erlass vom 17.12.2004), dem ohnehin die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen obliegt. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder führen die Prüfung nach § 274 SGB V bei den Landesverbänden der Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, den landesunmittelbaren Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie regionalen Kassenverbänden durch. Zuständig für die Prüfung der bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger und der Verbände ist das BVA, während die Prüfung der landesunmittelbaren landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder obliegt (§ 88 Abs. 3 SGB IV n. F.).

604 Die Prüfungseinrichtungen müssen bei der Durchführung der Prüfung unabhängig sein und über ein hohes Maß an Sachkompetenz verfügen, um die Wirksamkeit des Prüfwesens sicherzustellen sowie das Vertrauen der Versicherten und der Allgemeinheit

in eine ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben zu rechtfertigen.

605 Die Beratungsprüfung erstreckt sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb der zu prüfenden Einrichtung. Sie umfasst sowohl unmittelbare Aufgaben (§ 217 SGB V), als auch mittelbare Aufgaben, wie die Selbstverwaltung, Personal- und Vermögenswirtschaft. Einbezogen sind Handlungen im Innenbereich, Handlungen mit Außenwirkung, Ermessensentscheidungen, gesetzgebendes Verwaltungshandeln, privatrechtliche Handlungen, schlichtes Verwaltungshandeln und öffentlich rechtliche Handlungen (vgl. Urteil des LSG Niedersachsen vom 13.12.1995 – L 5 KA 20/94 –).

606 Gegenstand der Prüfung sind die:

- Geschäftsführung,
- Rechtmäßigkeit des Handelns (gleichbedeutend mit Gesetz- und Satzungsmäßigkeit),
- Rechnungsführung,
- Ordnungsmäßigkeit der Buchführung, Richtigkeit der Rechnungslegung (Jahresrechnung, Haushaltsrechnung),
- Betriebsführung und
- Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Aufgabenerfüllung (Einbeziehung des Managements).

607 Zu den zentralen Prüffthemen gehören u. a.:

- Führung und Leitung,
- die Definition der Unternehmensziele,
- die Strategien, Planungen und Entscheidungsprozesse,
- die Wahl der persönlichen, sächlichen und methodischen Mittel für die Zielerreichung,
- die Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing,
- die Aufbauorganisation einschließlich der Festlegung der Anzahl der Geschäfts- und Beratungsstellen,
- die Ablauforganisation einschließlich des Personaleinsatzes,
- der Geschäftsverteilungsplan und die Dienstabweisungen,

- die verwaltungsinternen Kontrollen und das Qualitätsmanagement und
- die interne und externe Kommunikation.

608 Prüfungsmaßstab sind kraft ausdrücklicher Erwähnung im Gesetzeswortlaut „Gesetzmäßigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“.

609 Für die Prüfung der Gesetzmäßigkeit ist von Bedeutung, ob die zu prüfende Einrichtung das Gesetz und das sonstige für sie geltende Recht beachtet (§ 87 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Dazu gehört auch, dass sie nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führt und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten verwendet (§ 30 Abs. 1 SGB IV). Dem unbestimmten Rechtsbegriff der Wirtschaftlichkeit liegt das Interesse des Staates zugrunde, dass die Sozialversicherungsträger und sonstigen Organisationen der Sozialversicherung ihren gesetzlichen Auftrag bürgernah, effizient und kostengünstig erfüllen (vgl. u. a. § 17 Abs. 1 SGB I und § 69 Abs. 2 SGB IV).

610 Wirtschaftlichkeit beschreibt eine Zweck-Mittel-Relation, die sich zum einen als Maximal-, zum anderen als Minimalprinzip definieren lässt. Unter dem Maximalprinzip ist ein Vorgehen zu verstehen, bei dem mit einem bestimmten Geldeinsatz der größtmögliche Nutzen erzielt wird. Das Minimalprinzip besteht darin, ein bestimmtes Ziel mit dem geringstmöglichen Aufwand zu realisieren. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts haben die Sozialversicherungsträger ihr Handeln am Minimalprinzip auszurichten. Sie sind gehalten, ihre Verwaltungsaufgaben mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz zu erledigen (BSGE 55, 277; 56,197; 61, 235).

611 Für alle Institutionen der Sozialversicherung gilt, die Ausgaben auf das Notwendige zu beschränken. Zwar steht ihnen ein Beurteilungsspielraum im Sinne einer Einschätzungsprärogative zu, dennoch dürfen sie nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Nach der Rechtsprechung ist für Verwaltungsausgaben als inhaltliches Kriterium die Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Verwaltung anzusehen.

612 Im Hinblick auf die ordnungsgemäße Erfüllung des gesetzlichen Prüfauftrags haben die zu prüfenden Einrichtungen auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind.

613 Die Kosten, die den mit der Prüfung befassten Stellen entstehen, sind von den zu prüfenden Einrichtungen zu tragen. Näheres zur Kostenerstattung einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse ist in Erlassen oder anderen verwaltungsinternen Verlautbarungen des Bundesministeriums für Gesundheit bzw. der obersten Landesbehörden geregelt. Die Prüfgebühren sind nicht beitragsrelevant.

614 Von der Möglichkeit zum Erlass allgemeiner Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen hat das BMG bisher keinen Gebrauch gemacht. Das hat seinen Grund u. a. auch darin, dass die Prüfdienste von Bund und Ländern konstruktiv auf allen Ebenen zusammenarbeiten.

615 Zur Umsetzung der Verordnungsermächtigung in § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 11 und § 269 Abs. 4 Nr. 5 SGB V ist für den Bereich des Risikostrukturausgleich die Prüfung nach § 274 SGB V konkretisiert worden. So enthält § 15a RSAV Bestimmungen zum Verfahren und zu den Inhalten der bei den Krankenkassen von den mit der Prüfung befassten Stellen durchzuführenden Prüfungen, soweit hiervon die von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool gemeldeten Daten betroffen sind.

### **Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**

616 Versicherte der GKV haben einen Anspruch auf medizinische Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten gegenüber ihren Krankenkassen. Diese haben dem Versicherten die erforderlichen Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§§ 2, 12 SGB V), wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, zur Verfügung zu stellen.

617 Zur Erfüllung und Prüfung dieser gesetzlichen Voraussetzungen für die medizinische Versorgung der Versicherten, benötigen die Krankenkassen häufig auch medizinische Beratung. Um zu vermeiden, dass jede Krankenkasse die dafür erforderliche medizinische Kompetenz vorhalten muss, hat der Gesetzgeber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung diese Aufgabe übertragen (§ 275 ff SGB V). Dieser besteht in jedem Bundesland als kassenartenübergreifende Arbeitsgemeinschaft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen, den

landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen getragen wird.

618 Die Krankenkassen sind in den im Gesetz vorgesehenen Fällen (§ 275 Abs. 1 SGB V) verpflichtet, eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes sind daher vielfältig. Sie umfassen u. a. medizinische Beratungen und gutachterliche Stellungnahmen bei Fragen zur Erbringung von Leistungen, zur Einleitung und Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen oder bei längerer Arbeitsunfähigkeit. In letzterem Fall kann eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erforderlich werden. Auch muss bei Zweifeln an der Notwendigkeit oder Dauer einer Krankenhausbehandlung eine medizinische Begutachtung erfolgen. Die Krankenkasse kann darüber hinaus den Medizinischen Dienst auch bei Auffälligkeiten mit der Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung beauftragen.

619 Neben diesen Fällen haben die Krankenkassen auch Beratungsbedarf zu allgemeinen medizinischen Fragen der Gesundheitsversorgung und bei Beratung der Versicherten, in Fragen der Qualitätssicherung und bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern, wie Ärzten und Krankenhäusern, Heil- und Hilfsmittellieferanten. Sie sollen dabei in notwendigem Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen. Nur wenn die Krankenkassen ebenso wie ihre Vertragspartner über den notwendigen medizinischen Sachverstand verfügen, also gleichberechtigte Partner sind, können diese Verhandlungen zu sachgerechten, auch medizinische Gesichtspunkte angemessen berücksichtigenden, Verträgen führen.

620 Die Unabhängigkeit der Ärzte des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Beurteilung medizinischer Sachverhalte wird dadurch gewährleistet, dass sie bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen (§ 275 Abs. 5 SGB V).

621 Es ist Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen, die wirksame Durchführung der Aufgaben sowie die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu koordinieren und zu fördern. Dazu haben sie eine Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.“ gebildet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem Medizini-



schen Dienst, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung beschließen. Über diese verbindlichen Richtlinien hinaus können sie auch Empfehlungen abgeben. Der Koordinierung und Förderung der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste dienen darüber hinaus zahlreiche überregionale Veranstaltungen und Gremien wie z. B. Tagungen der Geschäftsführer und der Leitenden Ärzte, Projekt- und Arbeitsgruppen sowie Kompetenz-Zentren für spezielle medizinische Fragen.

## Der Rechtsschutz in der GKV

622 Rechtsschutz gewähren bei Streitigkeiten in allen Angelegenheiten der Sozialversicherung einschließlich der Krankenversicherung die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit (vgl. hierzu ausführlich Kapitel 26). Die entsprechenden Verfahrensregeln finden sich im Sozialgerichtsgesetz (SGG). Für Versicherte entstehen vor den Sozialgerichten in der Regel keine Gerichtskosten. Anwaltszwang besteht nicht.

623 Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten aus den Rechtsverhältnissen, die dem Bereich der GKV angehören, ergibt sich der Rechtsweg zu den Sozialgerichten aus § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG. Um eine solche Streitigkeit handelt es sich immer dann, wenn sich Voraussetzungen erhobener Ansprüche oder Rechtsfolgen aus dem Krankenversicherungsrecht ableiten lassen, die Streitigkeit ihre materiell-rechtliche Grundlage in Vorschriften der GKV hat oder solche Vorschriften die Natur des streitigen Rechtsverhältnisses entscheidend prägen. Danach entscheiden zum Beispiel die Sozialgerichte den Streit zwischen gesetzlich Krankenversicherten und Krankenkassen über die Versicherungspflicht, über Beitragspflichten und Leistungsansprüche, über Beitragserrstattungen und die Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen ebenso wie in Selbstverwaltungs- und Aufsichtsangelegenheiten.

624 § 51 Abs. 2 SGG sieht als ergänzende Rechtswegzuweisung vor, dass die Sozialgerichte auch über privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der GKV entscheiden. Dies gilt auch, soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen sind. Die §§ 87 und 96 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, die für die dort aufgeführten Rechtsstreitigkeiten Rechtswegzuweisungen zu den Landgerichten enthalten, finden ausdrücklich keine Anwendung.

Die Sozialgerichte entscheiden damit auch über Wettbewerbsklagen.

## Behandlungsfehler

625 Krankheitsverlauf und ärztliche Behandlung sind keine naturwissenschaftlich-mathematisch berechenbaren Ereignisse. Wenn sich Beschwerden und Leiden eines Patienten im Verlauf einer ärztlichen Behandlung verschlimmern, stellt sich daher die schwer zu beantwortende Frage, ob die Verschlechterung des Gesundheitszustandes trotz oder wegen der ärztlichen Maßnahmen eintrat. Die Gesundheit hängt von vielen Risiken ab; eines ist der ärztliche Behandlungsfehler. Da therapeutischer Nutzen der Heilbehandlung und die Möglichkeit einer zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigung durch den Arzt oftmals unentwirrbar mit vom Arzt nicht beherrschbaren körpereigenen Entwicklungen einhergehen, ist die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen schuldhaftem Arztfehler und Krankheitsschicksal offenkundig.

## Zu den Voraussetzungen des Behandlungsfehlers

626 Der Arzt begeht einen Behandlungsfehler, wenn er die nach den Erkenntnissen und anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft sowie die nach den Umständen des Einzelfalls objektiv erforderliche Sorgfalt nicht wahrt. Der Umfang der Sorgfaltspflicht richtet sich danach, was von einem ordentlichen, pflichtgetreuen, verantwortungsbewussten und den durchschnittlichen Anforderungen seiner Facharztgruppe genügenden Arzt erwartet werden muss. Würde die erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen, hat der Arzt für einen Gesundheitsschaden einzustehen, wenn die Sorgfaltspflichtverletzung ursächlich für den Schaden war und den Arzt ein Verschulden trifft.

627 Die pflichtwidrige Verursachung eines Schadens berechtigt in aller Regel zu einem zivilrechtlichen Schuldvorwurf. Das Maß des Verschuldens, der persönlichen Vorwerfbarkeit, ist nämlich für die zivilrechtliche Haftung durch einen „verobjektivierten“ Fahrlässigkeitsmaßstab abgeschwächt. Danach haftet der Arzt immer schon dann, wenn ihm ein typisiertes Verschulden zur Last gelegt werden kann, weil er die durchschnittlichen typischen Kenntnisse und Fähigkeiten seiner Berufsgruppe und die nach ihnen zu bemessende Sorgfalt hat vermissen lassen.

## Beweis der Ursächlichkeit

628 Grundsätzlich muss der Patient, der einen Schadensersatzanspruch geltend macht, den ursächlichen

Zusammenhang zwischen Fehler und Misserfolg aufdecken. Die Beweisführung ist dem Patienten oft erschwert, weil ihm regelmäßig die erforderlichen medizinischen Fachkenntnisse fehlen. Krankheitsbedingt kann sich sein Handicap noch verstärken (zum Beispiel im Fall eines Eingriffs in Narkose). Die Rechtsprechung hilft daher in bestimmten Fällen der Beweisnot des Patienten ab: So lässt sie bei einem typischen Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden den Beweis des ersten Anscheins zu, es sei denn, der Arzt entkräftet den Nachweis, indem er die ernsthafte Möglichkeit eines atypischen Geschehensablaufs plausibel macht. Weitergehende Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr gibt es, wenn auf einen groben Fehler oder eine vom Arzt leichtfertig herbeigeführte Gefahrensituation eine normalerweise damit verbundene Gesundheitsbeeinträchtigung folgt. Weitere Beweiserleichterungen sind möglich, wenn der Arzt dem Patienten Krankheitsunterlagen vorenthält oder wenn es auf den Arzt als ein von ihm zu verantwortendes Versäumnis zurückfällt, dass er Diagnose und Befunde nicht

aufzeichnete. Schließlich kehrt sich die Beweislast um, wenn der Gesundheitsschaden auf Fehlerquellen beruht, die in der Einfluss- und Beherrschungssphäre des Arztes liegen.

#### **Außergerichtliche Hilfe – gerichtlicher Rechtsschutz**

629 Geschädigte Versicherte können ihre Krankenkasse bitten, sie bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind (§ 66 SGB V). Zum Beispiel darf die Krankenkasse Informationen aus ihren Unterlagen zur Verfügung stellen.

630 Es gibt die Möglichkeit, von Schlichtungsstellen für ärztliche Behandlungsfehler ein kostenloses Gutachten einzuholen. Im Übrigen können Patienten ihren privatrechtlichen Haftungsanspruch, so weit er nicht auf die Krankenkasse übergegangen ist, insbesondere also einen Schmerzensgeldanspruch, vor den Zivilgerichten einklagen.

**Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten**  
**- Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr -**  
**- insgesamt in Mio. EUR -**

Bund insgesamt

Jahr	ärztliche Behand- lung	zahn- ärztliche Behand- lung incl. Kfo	Zahn- ersatz	Apothe- ken	Heil- mittel	Hilfs- mittel	Kran- ken- hausbe- handlung insge- samt	Kran- ken- geld	sonstige Leis- tungen	Leis- tungs- aus- gaben insge- samt	sonstige Ausga- ben (ohne RSA)	Aus- gaben insge- samt (ohne RSA)
1991	15375	5479	3477	14559	1877	2941	30033	6353	8651	88743	4844	93588
1992	17068	6402	4880	16642	2199	3526	33815	7211	10290	102033	5588	107621
1993	17927	6605	3123	14051	2134	3531	36009	7447	11501	102326	5953	108279
1994	18881	6940	3593	14915	2487	3955	39105	8139	13055	111071	6315	117385
1995	19670	7049	3793	16057	2760	4312	40745	9411	13193	116991	7010	124002
1996	20111	7573	4199	17098	3008	4785	41346	9305	13457	120881	7037	127918
1997	20494	7607	4311	16384	2752	4498	42336	7385	12520	118287	7005	125292
1998	20780	7853	2991	17186	3108	4436	43578	7048	13142	120120	7351	127472
1999	21192	7700	3267	18525	3077	4610	43694	7146	13999	123209	7710	130919
2000	21503	7709	3521	19281	3063	4821	44540	7058	14445	125943	7753	133695
2001	21897	7934	3665	21355	3225	4932	44980	7715	14932	130634	8176	138811
2002	23407	7968	3524	22455	3700	5092	46298	7561	14323	134328	8698	143026
2003	24301	8033	3786	26053	3878	5415	46800	6973	10985	136223	8872	145095
2004	22955	7592	3671	23027	3645	4545	47594	6367	11763	131158	9019	140178
1.-4.Qu.2005*	23132	7518	2447	24566	3701	4479	49006	5859	14098	134807	8803	143610
Veränderungen in v.H.												
1992	11.0	16.9	40.4	13.0	17.6	19.9	11.4	13.5	24.1	15.0	15.3	15.0
1993	5.0	3.2	-36.0	-15.4	2.8	0.2	6.6	3.3	23.8	0.3	6.5	0.6
1994	5.3	5.1	15.1	6.5	4.4	12.0	8.9	9.3	42.3	8.5	6.1	8.4
1995	4.2	1.6	5.6	7.5	-36.6	9.0	4.0	15.6	97.3	5.3	11.0	5.6
1996	2.2	7.4	10.7	6.2	9.5	11.0	1.2	-1.1	1.4	3.3	0.4	3.2
1997	1.9	0.4	2.7	-4.2	-4.5	-6.0	2.4	-20.6	-9.0	-2.1	-0.5	-2.1
1998	1.4	3.2	-4.0	5.2	4.1	-1.4	3.3	-4.6	8.9	1.6	4.9	1.7
1999	2.0	-2.0	9.2	7.8	-3.4	3.9	0.4	1.4	6.9	2.6	4.9	2.7
2000	1.5	0.1	7.8	4.1	3.0	4.6	1.8	-1.2	3.0	2.2	0.6	2.1
2001	1.8	2.9	4.1	10.8	3.5	2.3	1.0	8.9	1.2	3.6	5.5	3.8
2002	6.9	0.4	-3.8	5.2	-4.7	3.3	2.9	-2.0	6.8	2.8	6.4	3.0
2003	3.8	0.8	7.4	16.0	1.1	6.3	1.1	-7.8	-23.3	1.4	2.0	1.5
2004	-5.5	-5.5	-3.0	-11.6	-6.0	-16.1	1.7	-8.7	7.1	-3.7	1.7	-3.4
1.-4.Qu.2005*	0.6	-2.1	-32.5	20.8	3.0	-0.8	6.7	-7.8	-12.4	2.8	-0.2	2.6

\* Für das Jahr 2005 liegen nur vorläufige Finanzergebnisse vor  
Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45

**Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten**  
**- Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr -**  
**- insgesamt in Mio. EUR -**

Beitrittsgebiet

Jahr	ärztliche Behand- lung	zahn- ärztliche Behand- lung incl. Kfo	Zahn- ersatz	Apothe- ken	Heil- mittel	Hilfs- mittel	Kran- ken- haus- hand- lung insge- samt	Kran- kengeld	sonstige Leis- tungen	Leis- tungs- aus- gaben insge- samt	sonstige Ausga- ben (ohne RSA)	Aus- gaben insge- samt (ohne RSA)
1991	1,705	810	607	2039	103	418	4150	531	291	11214	663	11877
1992	2,274	1208	1383	2794	184	681	5398	931	409	16213	977	17190
1993	2,646	1282	611	2899	242	702	6026	1223	612	17404	1217	18621
1994	2,994	1368	692	3212	311	768	6860	1443	2002	19824	1302	21126
1995	2,957	1315	621	3251	338	752	6727	1618	1912	19698	1237	20935
1996	2,897	1389	678	3410	398	812	7106	1663	1876	20467	1321	21788
1997	2,985	1377	736	3189	358	725	7354	1358	1702	20052	1275	21327
1998	2,991	1400	444	3239	410	710	7558	1249	1757	20023	1370	21393
1999	2,977	1361	503	3436	393	766	7714	1181	1967	20524	1364	21888
2000	3,017	1361	558	3660	399	786	7730	1098	2033	20892	1346	22239
2001	3,007	1366	589	4097	445	849	7875	1145	2093	21748	1390	23137
2002	3,393	1328	574	4332	530	868	8143	1116	2197	22536	1563	24099
2003	3,502	1314	632	5032	565	950	8424	1045	1615	23079	1539	24619
2004	3,272	1216	624	4383	498	798	8612	960	1816	22180	1509	23689
1.-4.Qu.2004	3,302	1238	624	3873	496	793	8400	958	2560	22244	1497	23740
1.-4.Qu.2005	3,314	1187	448	4525	537	795	8887	887	2488	23068	1429	24497

Veränderungen in v.H.

1992	33.4	48.8	127.7	37.0	67.9	63.0	29.8	75.4	40.5	44.6	32.1	44.7
1993	16.4	8.9	-55.8	3.8	16.0	3.1	14.5	31.4	23.5	7.4	19.7	8.3
1994	13.2	9.1	13.3	10.8	-40.5	9.4	16.4	18.0	227.3	13.9	7.1	13.5
1995	-1.2	-3.9	-10.3	1.2	2.3	-2.0	-1.9	12.1	-4.5	-0.6	-4.9	-0.9
1996	-2.0	6.4	9.2	4.9	11.7	7.9	6.4	2.8	-0.5	3.2	6.7	4.1
1997	3.1	-0.4	8.6	-6.5	-6.8	-10.7	4.0	-18.4	-9.3	-2.0	-3.4	-2.1
1998	0.2	2.8	-39.6	1.5	4.4	-2.1	3.9	-8.0	3.2	-0.2	7.4	0.3
1999	-0.5	-2.9	13.2	6.1	-3.0	7.9	2.1	-5.4	12.0	2.5	-0.4	2.3
2000	1.3	0.0	10.9	6.5	3.7	2.6	0.2	-7.1	15.7	1.8	-1.7	1.6
2001	-0.3	0.4	5.5	11.9	8.5	8.0	1.9	4.4	6.4	3.9	-2.3	3.7
2002	12.9	-2.8	-2.5	5.7	-6.6	2.3	3.4	-2.5	5.0	3.6	24.6	4.6
2003	3.2	-1.0	10.1	16.2	4.8	9.5	-6.3	-6.3	2.4	2.4	-1.5	2.2
2004	-6.6	-7.5	-1.2	-12.9	-11.8	-16.0	2.2	-8.1	12.4	-3.9	-1.9	-3.8
1.-4.Qu.2005	0.4	-4.1	-28.2	16.8	8.3	0.3	5.8	-7.4	-2.8	3.7	-4.5	3.2

\* Für das Jahr 2005 liegen nur vorläufige Finanzergebnisse vor  
Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV 45

## Die Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten - Absolute Werte und Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr - - insgesamt in Mio. EUR -

früheres Bundesgebiet

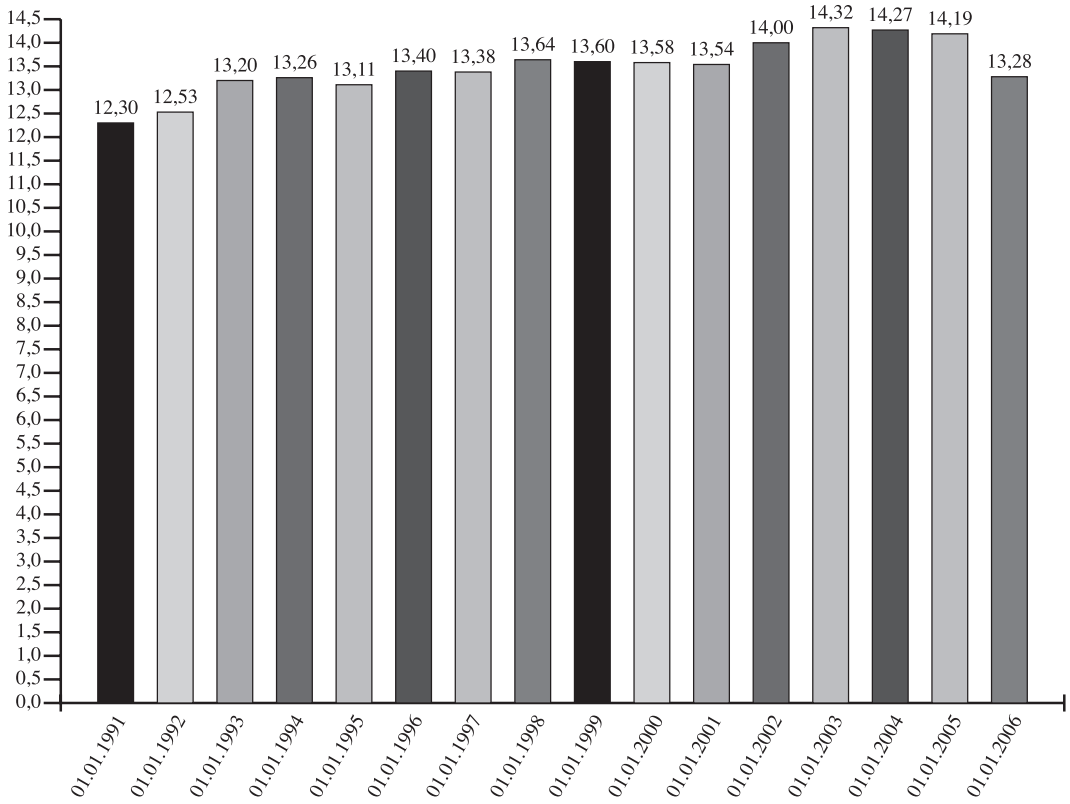
Jahr	ärztliche Behand- lung	zahn- ärztliche Behand- lung incl. Kfo	Zahn- ersatz	Apothe- ken	Heil- mittel	Hilfs- mittel	Kran- ken- haus- behand- lung insge- samt	Kran- kengeld	sonstige Leis- tungen	Leis- tungs- aus- gaben insge- samt	sonstige Ausga- ben (ohne RSA)	Aus- gaben insge- samt (ohne RSA)
1991	13670	4669	2870	12520	1774	2523	25882	5822	7800	77529	4182	81712
1992	14794	5195	3498	13848	2015	2844	28520	6280	8826	85820	4611	90431
1993	15282	5323	2512	11153	1892	2829	29983	6223	9725	84922	4736	89658
1994	15887	5572	2901	11703	2175	3187	32246	6696	10880	91247	5012	96259
1995	16713	5735	3172	12806	2422	3560	34018	7794	11074	97294	5773	103067
1996	17214	6184	3521	13688	2610	3973	34240	7641	11342	100413	5716	106130
1997	17509	6229	3575	13195	2394	3773	34982	6027	10552	98235	5730	103965
1998	17789	6453	2546	13947	2698	3726	36020	5799	11120	100097	5981	106079
1999	18215	6339	2764	15088	2684	3845	36025	5965	11760	102684	6346	109030
2000	18487	6349	2963	15621	2665	4035	36811	5960	12161	105050	6406	111457
2001	18890	6568	3076	17258	2780	4083	37105	6570	12557	108887	6787	115673
2002	20014	6641	2950	18123	3170	4224	38012	6445	12214	111792	7135	118928
2003	20799	6719	3154	21021	3314	4465	38376	5928	9370	113144	7332	120476
2004	19682	6376	3047	18644	3147	3747	38983	5407	9947	108979	7510	116488
1.-4.Qu.2005*	19819	6331	1999	19127	3164	3684	40119	4972	12524	111739	7374	119113

Veränderungen in v.H.

1992	8.2	11.3	21.9	10.6	15.0	12.7	9.8	7.9	68.2	10.7	10.3	10.7
1993	3.3	2.5	-28.2	-19.5	0.6	-0.5	5.5	-0.9	6.8	-1.1	2.7	-0.9
1994	4.0	4.7	15.5	4.9	13.1	12.7	7.6	7.6	10.4	7.4	5.9	7.4
1995	5.2	2.9	9.3	9.4	11.5	11.7	5.5	16.4	-1.9	6.6	15.1	7.1
1996	3.0	7.4	11.0	6.9	9.2	11.6	0.7	-2.0	4.7	3.2	-1.0	3.0
1997	1.7	0.7	1.5	-3.6	-4.1	-5.1	2.2	-21.1	-8.9	-2.2	0.2	-2.0
1998	1.6	3.6	-28.8	5.7	5.1	-1.3	3.0	-3.8	4.8	1.9	4.4	2.0
1999	2.4	-1.8	8.5	8.2	-3.5	3.2	0.0	2.9	10.8	2.7	6.1	2.8
2000	1.5	0.2	7.2	3.5	2.9	5.0	2.2	-0.1	3.4	2.3	3.0	2.4
2001	2.2	3.5	3.8	10.5	2.6	1.2	0.8	9.8	0.9	3.6	1.9	3.6
2002	6.0	1.1	-4.1	5.0	-4.3	3.5	2.4	-1.9	7.2	2.5	14.8	3.3
2003	3.9	1.2	6.9	16.0	0.4	5.7	1.0	-8.0	-23.3	1.2	2.8	1.3
2004	-5.4	-5.1	-3.4	-11.3	-5.0	-16.1	1.6	-8.8	6.2	-3.7	2.4	-3.3
1.-4. Qu.2005*	0.6	-1.7	-33.4	16.2	2.1	-1.1	6.9	-7.9	-7.4	2.6	0.7	2.5

\* Für das Jahr 2005 liegen nur vorläufige Finanzergebnisse vor  
Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordrucke KJ 1, KV45



**Entwicklung der allgemeinen Beitragssätze in % des Einkommens**

## Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nach Kassenarten

früheres Bundesgebiet								
Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
01.01.1991	12,22	12,76	10,87	11,95	11,90	12,70	11,13	12,04
01.01.1992	12,46	13,17	11,04	12,33	11,90	13,90	11,06	12,04
01.01.1993	13,42	14,07	11,77	13,28	13,10	13,90	12,40	13,19
01.01.1994	13,35	13,87	11,98	13,07	13,10	13,90	12,46	13,31
01.01.1995	13,18	13,50	12,11	12,68	13,10	13,90	12,57	13,30
01.01.1996	13,43	13,85	12,41	12,96	13,10	13,90	13,01	13,40
01.01.1997	13,29	13,67	12,56	12,97	12,70	14,00	12,92	13,23
01.01.1998	13,56	13,66	12,82	12,97	13,40	14,50	13,05	13,90
01.01.1999	13,52	13,65	12,73	13,32	13,40	13,80	13,01	13,78
01.01.2000	13,52	13,74	12,55	13,66	13,40	13,50	13,63	13,71
01.01.2001	13,50	13,86	12,48	13,73	13,20	13,10	13,65	13,70
01.01.2002	14,00	14,32	12,95	14,26	13,20	12,90	13,95	14,30
01.01.2003	14,35	14,62	13,60	14,45	12,90	12,90	13,96	14,67
01.01.2004	14,32	14,60	13,88	14,42	12,90	12,60	13,95	14,45
01.01.2005	14,24	14,49	13,89	14,25	12,90	12,40	13,72	14,35
01.01.2006	13,34	13,68	13,00	13,19	12,50	11,50	12,79	13,42

Beitrittsgebiet								
Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
01.01.1991 <sup>1)</sup>	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80	12,80
01.01.1992	12,73	12,80	11,95	12,68	12,80	12,80	12,80	12,80
01.01.1993	12,54	12,96	11,73	12,20	11,90	12,80	11,88	12,17
01.01.1994	12,97	13,40	11,77	12,00	9,90	12,80	11,85	12,89
01.01.1995	12,84	13,42	11,46	11,91	9,90	11,80	11,28	12,66
01.01.1996	13,28	14,17	12,38	12,47	9,90	11,80	11,61	12,62
01.01.1997	13,73	14,29	12,65	13,33	9,50	11,40	12,53	13,56
01.01.1998	13,95	14,29	12,97	13,65	9,50	14,20	12,98	13,95
01.01.1999	13,92	14,37	13,01	13,72	9,50	13,80	12,99	13,85
01.01.2000	13,81	14,22	12,66	13,81	11,50	13,50	13,65	13,79
01.01.2001	13,67	14,06	12,46	13,88	13,20	13,10	13,66	13,79
01.01.2002	14,00	14,10	12,99	13,98	13,20	12,90	13,95	14,40
01.01.2003	14,18	13,88	13,69	13,95	12,90	12,90	13,95	14,82
01.01.2004	14,04	13,82	13,80	13,78	12,90	12,60	13,94	14,58
01.01.2005	13,96	13,77	13,96	13,48	12,90	12,40	13,72	14,35
01.01.2006	12,99	12,79	13,05	12,37	12,50	11,50	12,82	13,53

1) Beitragssatz im Jahr 1991 einheitlich 12,80 v.H.

Bund insgesamt								
Jahr	GKV insgesamt	AOK	BKK	IKK	SeeKK	BKN	EAR	EAN
01.01.1991	12,30	12,76	13,66	12,03	12,09	12,75	11,25	12,23
01.01.1992	12,53	13,06	11,23	12,39	12,07	13,36	11,19	12,23
01.01.1993	13,20	13,76	11,77	13,03	12,89	13,41	12,36	12,94
01.01.1994	13,26	13,75	11,94	12,80	12,33	13,44	12,41	13,21
01.01.1995	13,11	13,48	12,01	12,47	12,61	13,10	12,46	13,16
01.01.1996	13,40	13,92	12,41	12,82	12,64	13,16	12,88	13,24
01.01.1997	13,38	13,80	12,57	13,07	12,24	13,15	12,86	13,30
01.01.1998	13,64	13,79	12,83	13,17	12,86	14,41	13,04	13,91
01.01.1999	13,60	13,79	12,77	13,43	12,73	13,80	13,01	13,79
01.01.2000	13,58	13,84	12,57	13,70	13,04	13,50	13,63	13,73
01.01.2001	13,54	13,90	12,48	13,77	13,20	13,10	13,65	13,72
01.01.2002	14,00	14,28	12,96	14,18	13,20	12,90	13,95	14,32
01.01.2003	14,32	14,49	13,61	14,32	12,90	12,90	13,96	14,70
01.01.2004	14,27	14,45	13,87	14,25	12,90	12,60	13,95	14,47
01.01.2005	14,19	14,36	13,90	14,03	12,90	12,40	13,72	14,35
01.01.2006	13,28	13,52	13,01	12,95	12,50	11,50	12,80	13,44

ab 01.01.2006 wird zusätzlich zum paritätisch finanzierten allgemeinen Beitragssatz ein mitgliederbezogener Zusatzbeitragssatz von 0,9 v.H. erhoben  
Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KM 1

# 6

## Sozialgesetzbuch – 6. Buch Rentenversicherung

### Kurzer Überblick

1 Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung ist die finanzielle Absicherung der hier Versicherten für den Fall, dass aus Altersgründen oder aufgrund von Invalidität eine Erwerbstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann. Aus der gesetzlichen Rentenversicherung können insbesondere folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Renten wegen Alters
- Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
- Renten an Witwen, Witwern und Waisen
- Zuschüsse zu den Beiträgen zur Krankenversicherung

Außerdem gewährt die gesetzliche Rentenversicherung Heilbehandlung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, um den drohenden Eintritt von Erwerbsminderung zu verhindern oder eine bereits eingetretene Erwerbsminderung wieder zu beheben.

2 Die gesetzliche Rentenversicherung ist eine Versicherung für alle Arbeitnehmer, selbständig Tätige, Schüler und Hausfrauen. Bei den Versicherten wird unterschieden zwischen

- Pflichtversicherten und
- freiwillig Versicherten.

Pflichtversichert sind vor allem die gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Arbeitnehmer sowie diejenigen Personen, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind. Zum Teil sind auch selbständig Tätige (z. B. die selbständig tätigen Handwerksmeister) in der gesetzlichen Rentenversicherung gesetzlich pflichtversichert. Alle selbständig Tätigen, die nicht bereits

kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind, steht das Recht zu, die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung zu beantragen. Alle übrigen Personen, die nicht schon als Pflichtversicherter der gesetzlichen Rentenversicherung angehört, haben die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung, um sich eine Versorgung im Alter aufzubauen. Am 31. Dezember 2003 gab es 51,4 Mio. Personen mit Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung. 26,3 Mio. Personen waren im Jahr 2003 rentenversicherungspflichtig beschäftigt.

3 Die Höhe der Rente ist von den während der Versicherungszeit erworbenen Entgeltpunkten abhängig. Die Entgeltpunkte für die Beitragszeiten spiegeln das Arbeitsleben des Versicherten wider. Sie sind der Verhältniswert, in dem seine Arbeitsverdienste zu den durchschnittlichen Arbeitsverdiensten aller Arbeitnehmer stehen. Wer in einem Jahr genau den durchschnittlichen Arbeitsverdienst aller Arbeitnehmer in diesem Jahr hat, erwirbt einen Entgeltpunkt. War das 40 Jahre lang so, hat der Versicherte 40 Entgeltpunkte. Für einen Entgeltpunkt erhält der Versicherte aktuell einen Betrag von 26,13 Euro, wenn das Arbeitsentgelt des Versicherten aufgrund einer Beschäftigung in den alten Bundesländern erzielt worden ist. Für 40 Entgeltpunkte erhält der Versicherte dementsprechend eine Rente in Höhe von aktuell 1.045,20 Euro. Im Jahr 2004 sind an rd. 20 Mio. Rentner rd. 24 Mio. Renten mit einem Gesamtvolumen von rd. 211 Mrd. Euro gezahlt worden.

4 Die Finanzierung der Rentenversicherung beruht auf zwei Grundlagen:

- den Beiträgen, die bei den gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Arbeitnehmern jeweils hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden, und
- den Bundeszuschüssen aus dem Staatshaushalt.

## Die Anzahl der Rentner und der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag der laufenden Renten nach dem Personenkonzept<sup>1)</sup> und dem Geschlecht in der Gesetzlichen Rentenversicherung ab 2002 zum 1. Juli des Jahres in Deutschland und den alten und neuen Ländern - Männer -

Art der Rentner	Anzahl der Rentner			Durchschnittlicher Gesamtrentenzahlbetrag in EUR je Monat		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
<b>Deutschland</b>						
<b>Einzelrentner</b>	7.636.879	7.745.812	7.870.474	983,31	988,99	974,23
mit Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	1.017.025	981.026	937.549	810,52	808,17	786,63
Alters	6.538.755	6.684.432	6.847.552	1.019,09	1.024,04	1.008,62
Todes <sup>2)</sup>	81.099	80.354	85.373	264,74	279,67	276,19
<b>Mehrfachrentner</b>	298.744	319.457	345.185	1.174,13	1.192,47	1.181,83
<b>Rentner insgesamt</b>	7.935.623	8.065.269	8.215.659	990,49	997,05	982,95
<b>Alte Länder</b>						
<b>Einzelrentner</b>	6.163.990	6.260.822	6.366.046	976,60	981,58	967,06
mit Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	775.683	745.153	711.222	838,86	837,34	816,15
Alters	5.334.321	5.460.564	5.595.080	1.004,03	1.008,56	993,85
Todes <sup>2)</sup>	53.986	55.105	59.744	245,37	257,77	254,21
<b>Mehrfachrentner</b>	194.084	207.783	225.838	1.136,41	1.152,18	1.141,08
<b>Rentner insgesamt</b>	6.358.074	6.468.605	6.591.884	981,48	987,06	973,02
<b>Neue Länder</b>						
<b>Einzelrentner</b>	1.472.889	1.484.990	1.504.428	1.011,37	1.020,21	1.004,58
mit Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	241.342	235.873	226.327	719,43	716,02	693,90
Alters	1.204.434	1.223.868	1.252.472	1.085,81	1.093,12	1.074,58
Todes <sup>2)</sup>	27.113	25.249	25.629	303,29	327,47	327,44
<b>Mehrfachrentner</b>	104.660	111.674	119.347	1.244,09	1.267,43	1.258,92
<b>Rentner insgesamt</b>	1.577.549	1.596.664	1.623.775	1.027,65	1.037,50	1.023,27

1) Anzahl der Rentner; die je Rentner geleisteten Renten wurden zu einem Gesamtrentenzahlbetrag zusammengefasst. Gesamtrentenzahlbetrag nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PVdR

2) ohne Waisenrenten

Quelle: Rentenbestandsaufnahme des BMGS aus dem Datensatz des Renten Service der Deutschen Post AG

**Die Anzahl der Rentner und der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag der laufenden Renten nach dem Personenkonzept<sup>1)</sup> und dem Geschlecht in der Gesetzlichen Rentenversicherung ab 2002 zum 1. Juli des Jahres in Deutschland und den alten und neuen Ländern  
- Frauen -**

Art der Rentner	Anzahl der Rentner			Durchschnittlicher Gesamtrentenzahlbetrag in EUR je Monat		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
<b>Deutschland</b>						
<b>Einzelrentner</b>	8.196.081	8.034.359	8.085.943	539,23	544,33	538,86
mit Renten wegen						
verminderter Erwerbsfähigkeit	739.530	728.975	714.732	647,34	656,07	653,16
Alters	5.754.606	5.763.053	5.878.857	538,95	545,74	541,52
Todes <sup>2)</sup>	1.701.945	1.542.331	1.492.354	493,20	486,29	473,64
<b>Mehrfachrentner</b>	3.331.766	3.458.400	3.510.861	1.038,57	1.053,13	1.047,20
<b>Rentner insgesamt</b>	11.527.847	11.492.759	11.596.804	683,55	697,44	692,76
<b>Alte Länder</b>						
<b>Einzelrentner</b>	6.545.664	6.405.204	6.450.172	509,29	512,46	506,60
mit Renten wegen						
verminderter Erwerbsfähigkeit	501.685	502.983	502.144	648,67	657,18	654,44
Alters	4.488.337	4.489.864	4.582.791	498,01	503,31	499,06
Todes <sup>2)</sup>	1.555.642	1.412.357	1.365.237	496,92	490,02	477,52
<b>Mehrfachrentner</b>	2.508.461	2.625.454	2.675.146	997,23	1.010,79	1.004,15
<b>Rentner insgesamt</b>	9.054.125	9.030.658	9.125.318	644,47	657,34	652,46
<b>Neue Länder</b>						
<b>Einzelrentner</b>	1.650.417	1.629.155	1.635.771	657,96	669,64	666,08
mit Renten wegen						
verminderter Erwerbsfähigkeit	237.845	225.992	212.588	644,54	653,61	650,13
Alters	1.266.269	1.273.189	1.296.066	684,08	695,35	691,64
Todes <sup>2)</sup>	146.303	129.974	127.117	453,70	445,73	432,06
<b>Mehrfachrentner</b>	823.305	832.946	835.715	1.164,52	1.186,59	1.185,03
<b>Rentner insgesamt</b>	2.473.722	2.462.101	2.471.486	826,55	844,53	841,56

1) Anzahl der Rentner; die je Rentner geleisteten Renten wurden zu einem Gesamtrentenzahlbetrag zusammengefasst. Gesamtrentenzahlbetrag nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PVdR

2) ohne Waisenrenten

Quelle: Rentenbestandsaufnahme des BMGS aus dem Datensatz des Renten Service der Deutschen Post AG

**Die Anzahl der Rentner und der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag der laufenden Renten nach dem Personenkonzept<sup>1)</sup> und dem Geschlecht in der Gesetzlichen Rentenversicherung ab 2002 zum 1. Juli des Jahres in Deutschland und den alten und neuen Ländern - Männer und Frauen -**

Art der Rentner	Anzahl der Rentner			Durchschnittlicher Gesamtrentenzahlbetrag in EUR je Monat		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
<b>Deutschland</b>						
<b>Einzelrentner</b>	15.832.960	15.780.171	15.956.417	753,42	762,59	753,60
mit Renten wegen						
verminderter Erwerbsfähigkeit	1.756.555	1.710.001	1.652.281	741,82	743,33	728,90
Alters	12.293.361	12.447.485	12.726.409	794,34	802,59	792,84
Todes <sup>2)</sup>	1.783.044	1.622.685	1.577.727	482,81	476,06	462,96
<b>Mehrfachrentner</b>	3.630.510	3.777.857	3.856.046	1.049,72	1.064,91	1.059,26
<b>Rentner insgesamt</b>	19.463.470	19.558.028	19.812.463	808,69	820,99	813,09
<b>Alte Länder</b>						
<b>Einzelrentner</b>	12.709.654	12.666.026	12.816.218	735,93	744,35	735,31
mit Renten wegen						
verminderter Erwerbsfähigkeit	1.277.368	1.248.136	1.213.366	764,16	764,74	749,23
Alters	9.822.658	9.950.428	10.177.871	772,81	780,58	771,06
Todes <sup>2)</sup>	1.609.628	1.467.462	1.424.981	488,48	481,30	468,16
<b>Mehrfachrentner</b>	2.702.545	2.833.237	2.900.984	1.007,23	1.021,16	1.014,81
<b>Rentner insgesamt</b>	15.412.199	15.499.263	15.717.202	783,50	794,95	786,90
<b>Neue Länder</b>						
<b>Einzelrentner</b>	3.123.306	3.114.145	3.140.199	824,62	836,81	828,25
mit Renten wegen						
verminderter Erwerbsfähigkeit	479.187	461.865	438.915	682,26	685,48	672,70
Alters	2.470.703	2.497.057	2.548.538	879,92	890,31	879,84
Todes <sup>2)</sup>	173.416	155.223	152.746	430,18	426,50	414,50
<b>Mehrfachrentner</b>	927.965	944.620	955.062	1.173,49	1.196,15	1.194,26
<b>Rentner insgesamt</b>	4.051.271	4.058.765	4.095.261	904,53	920,44	913,61

1) Anzahl der Rentner; die je Rentner geleisteten Renten wurden zu einem Gesamtrentenzahlbetrag zusammengefasst. Gesamtrentenzahlbetrag nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PVdR

2) ohne Waisenrenten

Quelle: Rentenbestandsaufnahme des BMGS aus dem Datensatz des Renten Service der Deutschen Post AG



Wesensmerkmal des Finanzierungssystems sind das „Umlageverfahren“ und der „Generationenvertrag“. Unter dem Umlageverfahren ist zu verstehen: Was heute als Beitrag von den Versicherten und Arbeitgebern eingezahlt wird, wird sogleich an die Rentnerinnen und Rentner ausgezahlt („umgelegt“). Die Beiträge werden also nicht für den einzelnen als Rücklage gesammelt, sondern sofort wieder als Renten ausgegeben. Grundlage für ein solches Finanzierungssystem ist der Generationenvertrag. Er ist ein unausgesprochener und auch nicht schriftlich festgelegter Vertrag zwischen der beitragszahlenden und der rentenempfangenden Generation. Inhalt des Vertrages ist die Verpflichtung der jeweils erwerbstätigen Generation, durch ihre Beiträge die Renten der ihr vorausgehenden Generation zu sichern, in der Erwartung, dass die ihr folgende Generation die gleiche Verpflichtung übernimmt. Sollten die Beiträge und die Bundeszuschüsse einmal nicht ausreichen, um die Ausgaben der Versicherung zu decken, so müssen die zur Finanzierung der Ausgaben benötigten Mittel aus dem Bundeshaushalt bereit gestellt werden („Bundesgarantie“). Die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung (also für Renten, Rehabilitationsmaßnahmen, Beitragsanteil zur Krankenversicherung der Rentner, Verwaltungskosten usw.) beliefen sich im Jahr 2004 auf 236 Mrd. Euro. Diese Ausgaben wurden zu rd. 74 v. H. aus den von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragenen Beiträgen und zu rd. 26 v. H. aus Steuermitteln des Bundes finanziert.

5 Die gesetzliche Rentenversicherung bildet zusammen mit der betrieblichen Altersversorgung und der privaten Altersvorsorge das klassische „Drei-Säulen-System“ der Alterssicherung. Durch die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich in Zukunft das Verhältnis von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern deutlich zu Lasten der Beitragszahler. Zukünftig werden weniger Beitragszahler mehr Rentner finanzieren müssen. Deshalb hat der Gesetzgeber Maßnahmen ergriffen, die das Rentenniveau senken, um so den Anstieg des Beitragssatzes zu begrenzen. Nach der im Gesetz festgelegten Vorgabe soll der Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung bis zum Jahr 2020 nicht über die Marke von 20% und bis zum Jahr 2030 nicht über die Marke von 22% ansteigen. Um weiterhin im Alter ein lebensstandardsicherndes Versorgungsniveau erreichen zu können, wird parallel zur Absenkung des Niveaus bei den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Aufbau einer privaten Altersvorsorge oder betriebli-

chen Altersversorgung stärker staatlich gefördert, als dies bis zum Wirksamwerden der niveausenkenden Maßnahmen des Altersvermögensgesetzes der Fall war. Seit dem Jahr 2002 wird der Aufbau der zusätzlichen Altersversorgung in Form der privaten Vorsorge und der betrieblichen Altersversorgung durch steuerfinanzierte Zulagen in erheblichem Umfang unterstützt. Heute und auch in Zukunft wird aber der gesetzlichen Rentenversicherung im „Drei-Säulen-System“ der Alterssicherung eine besondere Bedeutung zu kommen. Immerhin erbringt die gesetzliche Rentenversicherung zwei Drittel der Ausgaben der gesamten Alterssicherung in Deutschland.

## Zur Geschichte der Rentenversicherung

6 Der Beginn der Industrialisierung stellte auch völlig neue Herausforderungen an die soziale Sicherung. Zünfte und Gilden hatten an Bedeutung verloren, so dass sie hier keine Aufgaben mehr wahrnehmen konnten. Wer als Industriearbeiter wegen Invalidität oder Alter aus dem Erwerbsleben ausscheiden musste, konnte nicht mehr auf solidarischer Hilfe anderer hoffen. Diese tief greifende Veränderung machte ein Eingreifen des Staates erforderlich. Das preußische Gesetz über die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften vom 10. April 1854 war die erste landesgesetzliche, öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Knappschaftskassen einheitlich organisiert und obligatorisch eingeführt. Die Bergarbeiter wurden zur Beitragszahlung verpflichtet und die Mindestleistungen der Kassen festgelegt. Doch diese und andere landesgesetzliche Regelungen waren zur Lösung der sozialen Probleme noch unzureichend, insbesondere weil sie nur einen Teil der Bevölkerung betraf. Durch eine Kaiserliche Botschaft Wilhelms I. vom 17. November 1881 wurde der Aufbau einer Arbeiterversicherung eingeleitet, in der Arbeiter gegen Krankheit, Unfall und materielle Not bei Invalidität oder im Alter versichert werden. Mit dem Gesetz über die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 wurde die Gewährung einer Altersrente vom 70. Lebensjahr an oder einer Invalidenrente bei Eintritt von Invalidität eingeführt. Schon kurze Zeit später setzten Bemühungen ein, die sozialen Versicherungen allseitig und umfassend zu ordnen. Dies geschah mit der Reichsversicherungsordnung vom 9. Juli 1911, in dessen viertem Buch das Recht der Rentenversicherung der Arbeiter geregelt wurde.

Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz hatte zwar auch schon die als Angestellte beschäftigten Arbeitnehmer in die Versicherungspflicht einbezogen. Der Berufsstand der Angestellten forderte aber eine selbständige und unabhängige Angestelltenversicherung mit eigenem Versicherungsträger. Mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte, das am 1. Januar 1913 in Kraft trat, wurde diese Forderung schließlich gesetzgeberisch erfüllt.

7 Der durch den wirtschaftlichen Aufschwung nach 1945 erreichte Wohlstand ermöglichte auch Reformen im Bereich der Sozialen Sicherung. Die Neuordnung der Rentenversicherung im Jahr 1957 war der erste große Schritt in die Zukunft auf dem Gebiet der Sozialreform. Die Renten folgen seitdem der wirtschaftlichen Entwicklung; sie werden an sie angepasst. Das gesamte Sozialrecht ist heute im Sozialgesetzbuch, dem SGB, zusammengefasst. Mit dem Rentenreformgesetz 1992 vom 18. Dezember 1989 wurde das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung mit Wirkung vom 1. Januar 1992 als Sechstes Buch in das SGB eingestellt. Die separaten Rentengesetze für die Rentenversicherung der Arbeiter (Viertes Buch der Reichsversicherungsordnung) und die Rentenversicherung der Angestellten (Angestelltenversicherungsgesetz) bestehen daher seit dieser Zeit nicht mehr. Organisatorisch wurde die Unterscheidung zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter, die von den Landesversicherungsanstalten durchgeführt wurde, und der Rentenversicherung der Angestellten, die von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte durchgeführt wurde, erst mit dem zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Organisation in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgehoben.

## Die Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung

8 Die gesetzliche Rentenversicherung – also die allgemeine Rentenversicherung (bis zum 31. Dezember 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) und die knappschaftliche Rentenversicherung – ist das größte soziale Sicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland. Ihre gesamten Ausgaben erreichten im Jahr 2004 rd. 236 Mrd. Euro. Dies entspricht etwa 30% der gesamten direkten Sozialleistungen und rd. 12% des Brutto-sozialprodukts. Im Jahr 2004 beliefen sich allein die Rentenausgaben, also die Leistungen für die Alters-

Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung sowie die auf dieses Rentenvolumen entfallende Beteiligung der Rentenversicherung an den Beiträgen zur Krankenversicherung der Rentner, auf insgesamt 225 Mrd. Euro; dies entspricht über zwei Drittel der hierfür insgesamt von allen Alterssicherungssystemen einschließlich betrieblicher Altersversorgung und privater Lebensversicherung in den alten Bundesländern erbrachten Renten und Pensionen; in den neuen Bundesländern beträgt der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung an den Ausgaben aller Alterssicherungssysteme sogar weit über 90%.

9 Seit den Anfängen vor mehr als 110 Jahren haben sich die Leistungen der Rentenversicherung von einem bloßen Zuschuss zum allgemeinen Lebensbedarf zu Leistungen entwickelt, die heute für die allermeisten Versicherten die wesentliche Grundlage für eine den Lebensstandard sichernden Altersversorgung bilden. Von grundlegender Bedeutung auf diesem Weg war die Rentenreform 1957, mit der die Rentenversicherung zu einem auf dem Gedanken des Generationenvertrages beruhenden lohn- und beitragsbezogenen Versicherungssystem ausgebaut wurde. Kernstück der Reform war die Einführung der dynamischen Rente, wonach die Stellung des einzelnen Rentners im Gefüge der Gesamtheit der Rentner auf der Grundlage des Verhältnisses des individuellen versicherten Arbeitentgelts zum Durchschnittsentgelt ermittelt und die Rentenanwartschaft und Renten entsprechend der Einkommensentwicklung jährlich angepasst wird. Dadurch soll nicht nur der nach einem erfüllten Arbeitsleben im Durchschnitt erreichte Lebensstandard aufrechterhalten, sondern der Rentner auch am Produktivitätsfortschritt und am laufenden Einkommenszuwachs der aktiven Arbeitnehmer beteiligt werden. Insgesamt 45 Rentenanpassungen haben seither die Renten in den alten Bundesländern auf das 8,5fache ihres Ausgangswerts ansteigen lassen. Die Renten sind auch erheblich stärker angestiegen als die Preise; von 1957 bis 2003 sind die realen, d. h. preisbereinigten, Renten in den alten Bundesländern auf das 2,3fache gestiegen.

10 Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung unseres Rentenversicherungssystems war die Herstellung der Rechtseinheit im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands. Seit dem 1. Januar 1992 werden auch die Renten in den neuen Bundesländern grundsätzlich unter Zugrundelegung der individuellen Entgelte berechnet. Darüber hinaus werden sie – wie bereits seit Herstellung der Sozialunion zum

### Die Entwicklung der Anzahl der Renten und der Rentenausgaben in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten – (ArV/AnV) – (ab 1. Januar 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) von 1949 bis 2004 in den alten Bundesländern

Jahr	insgesamt	Anzahl der Renten hiervon:			Rentenausgaben <sup>1)</sup> in Mio. DM (ab 2002 in Mio. EUR)		
		Versichertenrenten	Witwen- / Witwerrenten	Waisenrenten	ArV	AnV	ArV + AnV
1949	2 886 138	1 743 400	738 138	404 600	1 407	591	1 998
1950	3 906 959	2 213 522	988 269	705 168	1 995	780	2 775
1955	5 998 131	3 250 504	1 632 398	1 115 229	4 027	1 917	5 944
1960	7 213 815	4 067 244	2 488 042	658 529	9 366	4 839	14 205
1965	7 993 149	4 759 862	2 809 011	424 276	14 428	8 137	22 565
1970	9 275 799	5 724 081	3 115 885	435 833	24 414	13 979	38 393
1975	10 820 262	6 949 966	3 380 097	490 199	45 680	27 152	72 832
1980	12 262 194	8 039 710	3 693 621	528 863	65 821	43 551	109 372
1981	12 457 793	8 202 815	3 733 025	521 953	68 701	46 357	115 058
1982	12 639 592	8 367 417	3 764 105	508 070	72 675	50 052	122 727
1983	12 813 158	8 532 158	3 788 945	492 055	75 013	52 756	127 769
1984	12 997 414	8 716 165	3 805 295	475 954	78 655	56 663	135 318
1985	13 198 479	8 912 396	3 825 441	460 642	81 160	59 847	141 007
1986	13 298 505	9 026 642	3 838 588	433 278	83 492	62 745	146 237
1987	13 495 361	9 219 515	3 868 058	407 788	86 777	66 279	153 056
1988	13 692 884	9 415 685	3 894 704	382 495	90 394	69 951	160 345
1989	14 010 785	9 699 410	3 950 936	360 439	94 175	73 735	167 910
1990	14 228 107	9 883 893	3 989 185	355 029	98 235	77 639	175 874
1991	14 467 531	10 127 377	4 003 631	336 523	103 467	82 760	186 407
1992	14 631 511	10 317 156	3 994 280	320 075	109 221	87 696	196 917
1993	14 916 293	10 581 136	4 009 540	325 617	115 944	92 916	208 860
1994	15 138 821	10 756 348	4 062 242	320 231	123 304	98 697	222 001
1995	15 511 767	11 097 234	4 098 331	316 202	128 308	103 199	231 507
1996	15 845 509	11 431 377	4 105 263	308 869	131 880	106 814	238 694
1997	16 204 379	11 767 391	4 126 900	310 088	135 720	111 364	247 084
1998	16 503 684	12 071 480	4 126 763	305 441	139 554	116 619	256 173
1999	16 821 560	12 377 426	4 083 046	289 755	143 048	120 812	263 860
2000	17 092 629	12 681 712	4 085 892	288 730	146 723	126 191	272 914
2001	17 461 122	13 067 857	4 119 444	297 892	148 264	131 561	279 825
2002	17 791 740	13 368 579	4 114 071	297 809	78 705	70 444	149 149
2003	17 982 651	13 563 275	4 123 084	299 024	79 997	73 198	153 195
2004	18 235 685	13 809 910	4 114 290	304 749	81 089	74 194	155 283

1) Rentenausgaben ohne Anteil der Rentenversicherung am Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeitrag der Rentner

### Die Entwicklung der Anzahl der Renten und der Rentenausgaben in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten – (ArV/AnV) – (ab 1. Januar 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) von 1993 bis 2004 in den neuen Bundesländern

Jahr	insgesamt	Anzahl der Renten hiervon :			Rentenausgaben <sup>1)</sup> in Mio. DM (ab 2002 in Mio. EUR)		
		Versichertenrenten	Witwen-/ Witwerrenten	Waisenrenten	ArV	AnV	ArV + AnV
1993	3 544 936	2 638 025	840 003	66 908	24 565	22 262	46 827
1994	3 736 451	2 777 298	885 145	74 008	28 932	26 098	55 030
1995	4 001 570	2 928 770	987 935	84 865	33 056	30 775	63 831
1996	4 220 836	3 127 081	1 002 443	91 312	35 448	32 933	68 381
1997	4 340 561	3 244 753	1 000 587	95 221	37 017	33 520	70 537
1998	4 445 396	3 343 710	1 003 805	97 881	38 535	34 524	73 059
1999	4 652 394	3 403 293	1 007 639	101 979	37 951	34 227	72 178
2000	4 558 428	3 457 064	1 008 077	99 909	39 388	35 444	74 832
2001	4 647 388	3 544 691	1 001 919	95 838	40 378	36 439	76 817
2002	4 681 529	3 582 071	999 488	93 541	21 296	19 257	40 556
2003	4 699 738	3 605 257	999 498	91 055	21 676	19 990	41 666
2004	4 719 458	3 631 248	996 398	87 990	21 995	20 278	42 273

1) Rentenausgaben ohne Anteil der Rentenversicherung am Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeitrag der Rentner

1. Juli 1990 – entsprechend der Entwicklung der dortigen Löhne und Gehälter angepasst. Aufgrund der Überleitung des lohn- und beitragsbezogenen sowie lohndynamischen Rentenversicherungssystems auf die neuen Bundesländer ist die durchschnittliche verfügbare Versichertenrente dort in der Zeit von Juni 1990 bis zum Juli 2005 auf das 3,3fache (Juni 1990: 475 Mark (Ost) / Juli 2005: 833 Euro, dies entspricht rd. 1.29 DM) gestiegen. Hierdurch lag auch in den neuen Bundesländern der Anstieg der Renten erheblich über dem Preisanstieg. Aus 100 DM Rente/Monat im Jahr 1991 sind dort im Jahr 2005 nach Abzug der Preissteigerungen rd. 77 Euro Rente/Monat (dies entspricht 150 DM) geworden; das Renteneinkommen ist damit in dieser Zeit auf das 1,5fache gestiegen.

11 Seit der Rentenreform des Jahres 1957 hat sich nicht nur die einzelne Rente erhöht; auch die Anzahl der Renten hat erheblich zugenommen. So stieg die Anzahl der Renten in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (ab 1. Januar 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) von rd. 7,2 Mio. im Jahre 1960 auf 22,9 Mio. im Jahre 2004 (18,2 Mio. in den alten Bundesländern und rd. 4,7 Mio. in den neuen Bundesländern). Dies hat – über die Rentendynamik hinaus – zu einem Anstieg der Rentenausgaben in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (ohne Berücksichtigung der auf dieses Rentenvolumen entfallenden Beteiligung der Rentenversicherung an den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner) von rd. 14,2 Mrd. DM (dies entspricht 7,3 Mrd. Euro) im Jahre 1960 auf rd. 197 Mrd. Euro im Jahre 2004 (rd. 155 Mrd. Euro in den alten Bundesländern und rd. 42 Mrd. Euro in den neuen Bundesländern) geführt. Die Entwicklung der Anzahl der Renten und der Rentenausgaben in den alten Bundesländern im Einzelnen ergibt sich aus der Übersicht auf Seite 247.

12 Die Versichertenrenten haben Lohnersatzfunktion, d. h. sie treten an die Stelle des aufgrund des Versicherungsfalles „Alter“ oder „Invalidität“ nicht mehr bezogenen versicherten Entgelts. Hinterbliebenenrenten haben Unterhaltersatzfunktion, d. h. sie treten an die Stelle des vom Verstorbenen erbrachten Unterhalts. Diesen Ersatzfunktionen der Renten entspricht es, dass sich ihre Höhe nicht am Geldwert des gezahlten Beitrags, sondern an der Höhe der durch Beiträge versicherten Arbeitsentgelte bzw. -einkommen orientiert. Die Rente ist daher nicht nur „beitragsbezogen“, sondern auch „lohnbezogen“ im eigentlichen

Sinne des Wortes, denn sie folgt bei der Festsetzung und Anpassung der Entwicklung der Löhne.

13 Die Leistungen der Rentenversicherung finanzieren sich im Umlageverfahren, d. h. die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherung werden aus den aktuellen Einnahmen bestritten. Wie die Rentner in ihrem Arbeitsleben für die Renten ihrer Elterngeneration aufkamen, werden somit ihre Renten von den heute Erwerbstätigen finanziert. Dafür erhalten diese einen Anspruch auf ihre späteren Renten, die dann von der jetzt von ihnen unterhaltenen Generation finanziert werden, sobald diese im Erwerbsleben steht und Beiträge zahlt. Wie die junge Generation die ältere Generation finanziert, so hat sie Anspruch von der ihr nachfolgenden Generation behandelt zu werden. So sind Alt und Jung im Generationenvertrag verbunden.

14 Der Generationenvertrag hat sich bewährt. Allerdings ist kein Alterssicherungssystem gefeit gegen eine ungünstige demografische Entwicklung. Die Alterung der Bevölkerung aufgrund anhaltend geringer Geburtenziffern und die – begrüßenswerte – Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung führen unvermeidlich zu einem Anstieg der Kosten eines Alterssicherungssystems.

15 Die Geburtenhäufigkeit ist seit Beginn der 70er Jahre so gesunken, dass ein Geburtsjahrgang weniger Mädchen zur Welt bringt, als zur Bestandserhaltung der Bevölkerung notwendig wäre. Diese so genannte „Nettoreproduktionsrate“, die zur Bestandserhaltung 1 betragen müsste, ist bis 1985 auf 0,604 zurückgegangen. Nach einem vorübergehenden leichten Anstieg der „Nettoreproduktionsrate“ bis zum Jahr 1991 auf den Wert 0,638 ist sie danach wieder kontinuierlich gesunken, und zwar bis zum Jahr 1994 auf 0,594. Nach einem leichten Anstieg der Nettoreproduktionsrate in den Jahren 1995 und 1996 hat sie sich seit dieser Zeit auf einen Wert von rd. 0,650 eingependelt. Im Jahr 2004 betrug sie 0,653.

## Geburtenentwicklung der Gesamtbevölkerung

Jahr	Neugeborene in 1000	Netto- reproduktionsrate
1960	968,6	1,098
1965	1044,3	1,177
1970	810,8	0,948
1975	600,5	0,680
1980	620,7	0,679
1981	624,6	0,675
1982	621,2	0,661
1983	594,2	0,625
1984	584,2	0,606
1985	586,2	0,604
1986	626,0	0,632

1987	642,0	0,640
1988	677,3	0,664
1989	681,5	0,670
1990	727,2	0,694
1990*)	905,7	0,696
1991	830,0	0,638
1992	809,1	0,620
1993	798,4	0,612
1994	769,6	0,594
1995	765,2	0,598
1996	796,0	0,629
1997	812,2	0,656
1998	785,0	0,649
1999	767,2	0,650
2000	763,9	0,660
2001	731,5	0,644
2002	716,6	0,642
2003	703,7	0,641
2004	702,7	0,653

\* ab 1990 Gesamtdeutschland

16 Andererseits steigt die Lebenserwartung der Menschen in Europa kontinuierlich an. Bis 2002/2004 hat der Anstieg der Lebenserwartung gegenüber 1970/72 deutlich zugenommen, und zwar für 65jährige Männer um 4,2 Jahre und für 65jährige Frauen um 4,6 Jahre. Die Lebenserwartung hat im Jahr 2004 in den alten Bundesländern für 65jährige Männer bei über 81 Jahre und für 65jährige Frauen sogar bei fast 85 Jahren gelegen.

### Die Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland

#### Durchschnittliche Lebenserwartung (West)

Jahre	bei Geburt		mit 60 Jahren		mit 65 Jahren	
	m	w	m	w	m	w
1970/72	67,4	73,8	15,3	19,1	12,1	15,2
1971/73	67,4	74,0	15,4	19,3	12,1	15,3
1972/74	67,9	74,4	15,5	19,5	12,2	15,5
1973/75	68,0	74,5	15,5	19,5	12,2	15,5
1974/76	68,3	74,8	15,6	19,7	12,3	15,7
1975/77	68,6	75,2	15,8	19,9	12,4	15,9
1976/78	69,0	75,6	16,0	20,2	12,6	16,1
1977/79	69,3	76,0	16,2	20,4	12,8	16,4
1978/80	69,6	76,3	16,3	20,5	12,9	16,5
1979/81	69,9	76,6	16,4	20,7	13,0	16,6
1980/82	70,2	76,9	16,6	20,8	13,1	16,8
1981/83	70,5	77,1	16,6	20,9	13,2	16,9
1982/84	70,8	77,5	16,8	21,2	13,4	17,1
1983/85	71,2	77,8	16,9	21,4	13,5	17,3
1984/86	71,5	78,1	17,1	21,6	13,7	17,5
1985/87	71,8	78,4	17,3	21,7	13,8	17,6
1986/88	72,1	78,6	17,5	21,9	14,1	17,8
1987/89	72,4	78,9	17,6	22,1	14,1	18,0
1988/90	72,6	79,0	17,7	22,2	14,2	18,0
1989/91	72,7	79,1	17,8	22,2	14,3	18,1
1990/92	72,9	79,3	18,0	22,4	14,5	18,2
1991/93	73,1	79,5	18,1	22,5	14,6	18,4
1992/94	73,4	79,7	18,3	22,7	14,7	18,5
1993/95	73,5	79,8	18,3	22,8	14,7	18,6
1994/96	73,8	80,0	18,5	22,9	14,9	18,7
1995/97	74,1	80,2	18,7	23,1	15,1	18,9
1996/98	74,4	80,5	18,9	23,2	15,3	19,0
1997/99	74,8	80,7	19,2	23,4	15,5	19,2
1998/00	74,9	80,9	19,3	23,5	15,6	19,3
1999/01	75,1	81,1	19,5	23,7	15,8	19,4
2000/02	75,4	81,2	19,7	23,8	15,9	19,5
2001/03	75,6	81,3	19,8	23,9	16,1	19,6
2002/04	75,9	81,6	19,9	24,0	16,3	19,8

In den neuen Bundesländern war die Lebenserwartung nach der Wiedervereinigung noch deutlich niedriger als in den alten Bundesländern. Bei zu dieser Zeit 65jährigen Männern betrug der Unterschied rd. 1,5 Jahre und bei zu dieser Zeit 65jährigen Frauen sogar fast 2 Jahre. Mittlerweile hat sich der Unterschied jedoch deutlich verringert. Er liegt gegenwärtig nur noch bei 0,3 Jahren für 65jährige Männer und bei 0,4 Jahren für 65jährige Frauen. Dies macht deutlich, dass die Lebenserwartung unmittelbar durch Verbesserungen in der Lebensführung, der Umwelteinflüsse und der medizinischen Versorgung zunimmt.

### Annahmen über die weitere Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland

Jahre	bei Geburt	
	m	w
2035	77,0	83,5
2050	78,1	84,5

17 Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung kann davon ausgegangen werden, dass sich der Trend steigender Lebenserwartung fortsetzen wird. In ihrem im Sommer 2003 fertig gestellten Bericht nimmt die Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ an, dass die Sterbewahrscheinlichkeit mittelfristig weiter deutlich zurückgehen, sich dieser Rückgang langfristig aber verlangsamten wird. Die Kommission erwartet, dass bis zum Jahr 2030 die fernere Lebenserwartung von 65jährigen Männern um 2,3 Jahre auf dann 18,4 Jahre und von 65jährigen Frauen um 3 Jahre auf dann 22,6 Jahre ansteigen wird. Danach werden 65jährige Männer im Jahr 2030 im Durchschnitt 83,4 Jahre und 65jährige Frauen sogar 87,6 Jahre alt.

18 Die steigende Lebenserwartung einerseits und die sinkende Geburtenhäufigkeit andererseits führen langfristig zu gravierenden Änderungen im Altersaufbau der deutschen Bevölkerung. Nach der mittleren Variante der Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesministeriums des Innern und den Annahmen der Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ wird im Jahr 2030 der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung von 16,4 v. H. im Jahr 2000 auf 27,4 v. H. im Jahr 2030 ansteigen. Dies bedeutet in absoluten Zahlen: Im Jahr 2030 werden 22,2 Mio. Personen der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein gegenüber 13,5 Mio. Personen

im Jahr 2000. Dies entspricht einer Zunahme von 8,7 Mio. Personen oder um fast 65 v. H. Die Zahl der unter 65jährigen wird nach dieser Schätzung bis zum Jahre 2030 um 9,9 Mio. Personen auf dann 58,8 Mio. Personen zurückgehen. Für die Rentenversicherung hat dies eine gravierende Verschiebung des Verhältnisses von Beitragszahlern und Rentnern zu Lasten der Beitragszahler zur Folge.

19 Vor diesem Hintergrund ist es die zentrale Aufgabe der Rentenpolitik, Belastungen aus einer Verschiebung des Altersquotienten (d. h. des zahlenmäßigen Verhältnisses der Alten zu den Jungen) sozial ausgewogen und generationengerecht zu verteilen. Gerechtigkeit zwischen den Generationen besteht darin, ein angemessenes Verhältnis von Beitrag zu Leistung im Rentenversicherungssystem auch für jüngere Jahrgänge und künftige Generationen zu sichern. Geschieht dies nicht, müssten in einer schrumpfenden Gesellschaft, in der immer weniger Junge immer mehr Alte versorgen müssen, bei gleich bleibendem Rentenniveau die Beiträge zur Rentenversicherung ständig steigen.

20 Um eine angemessene, automatische Verteilung der sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Belastungen auf Rentner, Beitragszahler und den Bund zu erreichen, wurden mit der Rentenreform 1992 Rentenanpassung, Beitragssatzfestsetzung und die Festsetzung des Bundeszuschusses in einen selbstregulierenden Mechanismus eingebunden, so dass auch bei sich ändernden ökonomischen, sozialen und demografischen Rahmenbedingungen ein angemessener Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben erreicht wird. Dieser Selbstregulierungsmechanismus wird über die Festsetzung des Beitragssatzes gesteuert. Nach den zwischenzeitlich vorgenommenen Änderungen an der mit der Rentenreform 1992 zunächst eingeführten Regelung ist nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen der Beitragssatz für jedes Kalenderjahr im voraus so festzusetzen, dass

- die Beitragseinnahmen und die Bundeszuschüsse die Ausgaben eines Kalenderjahres decken und für den Ausgleich von unterjährigen Einnahmeschwankungen mindestens eine Rücklage in Höhe von 20% einer Monatsausgabe der allgemeinen Rentenversicherung zum Ende dieses Kalenderjahres vorhanden ist,
- der allgemeine Bundeszuschuss für jedes Kalenderjahr so fortgeschrieben wird, dass er sich nicht nur entsprechend der vorherigen Veränderung der

Bruttolöhne, sondern auch entsprechend einer Änderung des Beitragssatzes in demselben Kalenderjahr verändert und

- die Renten zum 1. Juli eines jeden Jahres so angepasst werden, wie sich die Bruttolöhne des Vorjahres und in demselben Jahr auch der Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung, die Aufwendungen der Arbeitnehmer für die staatlich geförderte private Altersvorsorge sowie das Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern verändert haben.

Damit kann insgesamt bei einer eventuell erforderlich werdenden Beitragssatzerhöhung bereits berücksichtigt werden, dass auch der Bundeszuschuss entsprechend steigt und die Renten – je nach den Veränderungen beim Beitragssatz und bei den Aufwendungen der Arbeitnehmer für die staatlich geförderte private Altersvorsorge im Vorjahr sowie den Veränderungen im Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern im Vorjahr – weniger hoch als entsprechend dem Anstieg der Bruttolöhne angepasst werden, so dass die Beitragssatzerhöhung nicht so hoch ausfallen muss, wie dies ohne diese Rückkoppelungseffekte der Fall wäre.

21 Mit dem Rentenreformgesetz 1992 war die Rentenanpassung in Abkehr von der bis dahin praktizierten Anpassung der Renten entsprechend der Bruttolohnentwicklung zunächst so ausgestaltet worden, dass für die Rentenanpassung nicht nur die Entwicklung der Bruttolöhne maßgebend war, sondern auch die Veränderung der Belastung für Arbeitnehmer bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Dieser mit der Rentenreform 1992 eingeführte Anpassungsmechanismus hatte zur Folge, dass die Entwicklung der verfügbaren Arbeitnehmerverdienste und der verfügbaren Renten sich so vollzieht, dass das Verhältnis zueinander gleich bleibt und damit das im Jahr 1991 gegebene Nettorentenniveau von rd. 70% (Verhältnis einer Rente aus 45 Versicherungsjahren mit stets versichertem Durchschnittsverdienst nach Abzug des Beitragsanteils zur Kranken- und Pflegeversicherung zum Nettoverdienst eines Arbeitnehmers mit Durchschnittsentgelt) nicht weiter steigt, sondern auf diesem Niveau beibehalten wird.

22 Mit der selbstregulierenden Verbindung von Beitragssatz, Bundeszuschuss und Rentenanpassung sollte ebenfalls erreicht werden, dass deren Werte sich Jahr für Jahr von selbst und nicht erst aufgrund neuer Abwägungs- und Entscheidungsprozesse des



Gesetzgebers ergeben. Seit 1992 ist daher gesetzlich bestimmt, dass der Beitragssatz nicht – wie bis 1991 noch geschehen – durch Gesetz, sondern durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt wird. Die jüngere Vergangenheit hat jedoch gezeigt, dass bei einer länger andauernden wirtschaftlichen Stagnation die selbstregulierende Verbindung von Beitragssatz, Bundeszuschuss und Rentenanpassung alleine jedoch nicht ausreicht, um eine wirksame Dämpfung des Beitragssatzanstiegs zu erreichen. In den vergangenen Jahren sah sich der Gesetzgeber daher immer wieder veranlasst, den Beitragssatz im Zusammenhang mit bereits kurzfristig beitragsatzdämpfend wirkenden Maßnahmen gesetzlich festzulegen.

23 Die Sorge um die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme, insbesondere aber um die Zukunft der Rentenversicherung haben in der Mitte des vergangenen Jahrzehnts, nur wenige Jahre nach In-Kraft-Treten des Rentenreformgesetzes 1992, eine breite Diskussion darüber in Gang gesetzt, ob die Maßnahmen des Rentenreformgesetzes 1992 ausreichen, damit die aus der demografisch bedingten Verschiebung beim Altersquotienten zu erwartenden, Beitragslasten der fernen Zukunft für die heute jungen Beitragszahler tragbar sind. Am Ende dieser Diskussion hatte sich ein breiter politischer Konsens darüber gebildet, dass auch mit den Maßnahmen der Rentenreform 1992 eine Erhöhung des Beitragssatzes erforderlich werden würde, die die Leistungsfähigkeit und die Leistungswilligkeit der jüngeren Generation überfordern würde. Deshalb wurden Lösungen eingefordert, die den Rentenversicherungsbeitragssatz langfristig, d. h. mindestens für die Dauer der nächsten drei Jahrzehnte, stabilisieren. Darüber hinaus wird im Interesse der Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland eine Senkung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags für dringend erforderlich gehalten, so dass ebenfalls zur Erreichung dieses Ziels weitere Reformschritte als notwendig erachtet wurden, um den demografiebedingten Beitragssatzanstieg in der Rentenversicherung zu dämpfen.

## Die Reformgesetzgebung der vergangenen Jahre im Überblick

### Die Rentenreform 1999

24 Mit dem vom Deutschen Bundestag im Dezember 1997 verabschiedeten Rentenreformgesetz 1999

wurde angestrebt, den Beitragssatzanstieg bis zum Jahr 2030 zu halbieren. Anstelle eines erwarteten Anstiegs des Beitragssatzes von rd. 20% im Jahr 1997 auf rd. 26% bis zum Jahr 2030 sollte sich ein reduzierter Anstieg des Beitragssatzes bis zum Jahr 2030 auf rd. 23% ergeben. Dieses Ziel sollte vor allem durch die Einführung eines demografischen Faktors in die Rentenanpassungsformel erreicht werden, mit dem der als Folge des Anstiegs der Lebenserwartung verlängerten Rentenbezugsdauer Rechnung getragen werden sollte. Der demografische Faktor hätte langfristig zu einer Senkung des Nettorentenniveaus von rd. 70% auf 64% geführt.

25 Mit dem Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom Dezember 1998 wurde der demografische Faktor jedoch ausgesetzt. Maßgeblich hierfür war die Besorgnis des Gesetzgebers, dass die Absenkung des Rentenniveaus auf den Wert 64% ohne flankierende Fördermaßnahmen für den Aufbau einer privaten Altersvorsorge vor allem Versicherte mit unterdurchschnittlichem Einkommen auch nach vollem Erwerbsleben im Alter unter die Sozialhilfeschwelle hätte absinken lassen.

### Die Rentenreform 2001

26 Nach Aufhebung des mit dem Rentenreformgesetz 1999 eingeführten Demografiefaktors wurde im Jahr 2000 erneut eine Rentenstrukturform in Angriff genommen. Zentrales Ziel dieser Reform war, dass die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auch in Zukunft auf einem ausreichend hohen Niveau erbracht werden, so dass sie weiterhin die wichtigste Säule der Altersversorgung bilden, ohne dabei jedoch die jeweilige Generation der Erwerbstätigen mit nicht tragbaren Beiträgen zu belasten. Aus diesem Grund war neben der Sicherung eines angemessenen Gesamtniveaus aus gesetzlicher Rente und staatlich geförderter zusätzlicher Altersvorsorge die nachhaltige Dämpfung des Beitragssatzanstiegs vorrangiges Reformziel. Daher wurden die langfristigen Beitragssatzziele erstmals gesetzlich festgelegt. Seit dem Jahr 2001 ist gesetzlich vorgegeben, dass der Beitragssatz bis zum Jahr 2020 nicht die Marke von 20% und bis zum Jahr 2030 nicht die Marke von 22% überschreiten soll.

27 Um die gesetzten Ziele zu erreichen, wurden im Zuge der Rentenreform 2001 die folgenden Maßnahmen ergriffen:

- Langfristige Stabilisierung des Beitragssatzes durch
  - Verwendung des Aufkommens aus den Stufen der Ökosteuerreform (geregelt mit dem im Jahr 1998 verabschiedeten Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte und dem im Jahr 1999 verabschiedeten Haushaltssanierungsgesetz),
  - Absenkung des Nettorentenniveaus, indem nach Anpassung der Renten im Jahr 2000 nur entsprechend dem Anstieg der Lebenshaltungskosten im Vorjahr ab dem Jahr 2001 eine modifizierte Form der veränderten Bruttolohnanpassung angewandt wird, nach der die Bruttolohnentwicklung um die Entwicklung bei den Aufwendungen der Arbeitnehmer für ihre Alterssicherung – Beitragssatz zur Rentenversicherung und zunehmender Aufwand für die staatlich geförderte private Altersvorsorge – verändert wird (geregelt mit dem im Jahr 2001 verabschiedeten Altersvermögens-Ergänzungsgesetz),
  - Aufbau einer staatlich geförderten, freiwilligen, ergänzenden, kapitalgedeckten Altersvorsorge zur Erhöhung des Gesamtversorgungsniveaus im Alter für alle in der gesetzlichen Rentenversicherung Pflichtversicherten (geregelt mit dem im Jahr 2001 verabschiedeten Altersvermögensgesetz),
  - Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (ebenfalls geregelt mit dem Altersvermögensgesetz),
  - Neugestaltung des Rechts der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten (geregelt mit dem im Jahr 2000 verabschiedeten Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit),
  - Verbesserung der eigenständigen Alterssicherung der Frau und Reform des Rechts der Hinterbliebenenrenten (geregelt mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz),
  - Einführung einer bedarfsorientierten und steuerfinanzierten Grundsicherung zur Vermeidung von Armut im Alter und bei dauerhafter voller Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen (eingeführt mit dem Altersvermögensgesetz),
  - Verbesserung der Transparenz durch jährliche Auskunft der Rentenversicherungsträger über den Stand der Rentenanwartschaften (ebenfalls geregelt mit dem Altersvermögensgesetz), sowie
  - Verbesserung der rentenrechtlichen Absicherung jüngerer Versicherten mit lückenhaften Erwerbsverläufen im Fall der Invalidität (geregelt mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz).

### Die Weiterentwicklung der Rentenreform des Jahres 2001

28 Mit der staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge der jüngeren Versicherten wurde durch die Rentenreform des Jahres 2001 ein wichtiger Schritt zur Stabilisierung der gesetzlichen Alterssicherung nach vorne getan. Untersuchungen zu den langfristigen Wirkungen der Rentenreform des Jahres 2001 (z. B. die Generationenanalyse der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Deutschen Bundesbank) kommen denn auch zu dem Ergebnis, dass sich die durch die staatlich geförderte zusätzliche Altersvorsorge erreichten Verteilungswirkungen zu Gunsten der heute jüngeren Versicherten auswirken. Für sie gewinnt die kapitalgedeckte zusätzliche Altersvorsorge, insbesondere die hieraus erzielte Rendite, zunehmend an Gewicht, so dass die Geburtsjahrgänge ab Mitte der siebziger Jahre im Vergleich zur Situation ohne die Reform des Jahres 2001 einen Renditezuwachs realisieren.

29 Auch wenn mit der Rentenreform des Jahres 2001 richtige Weichenstellungen getroffen worden sind, so bleibt die Rentenpolitik dennoch der Aufgabe verpflichtet, stetig zu prüfen, ob sich die angestrebten Beitragssatzziele ohne weitere nachjustierende Maßnahmen erreichen lassen. Im Vergleich zu den Annahmen, die der Rentenreform des Jahres 2001 zugrunde gelegen haben, hat sich im Jahr 2003 gezeigt, dass angesichts neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere die Einschätzungen über das Ausmaß des demografischen Wandels teilweise zu revidieren waren. Nach dem im Sommer 2003 fertig gestellten Bericht der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ wurde aufgrund dieser revidierten Einschätzungen weiterer Handlungsbedarf gesehen.

30 Mit dem am 11. März 2004 vom Deutschen Bundestag beschlossenen und am 26. Juli 2004 verkündeten Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Renten-

versicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) hat der Gesetzgeber die folgenden weiteren Reformschritte umgesetzt:

- Durch Einführung eines so genannten Nachhaltigkeitsfaktors in die Rentenanpassungsformel werden bei den Rentenanpassungen ab dem Jahr 2005 auch Veränderung des Verhältnisses von Leistungsbeziehern und versicherungspflichtig Beschäftigten im jeweils vorausgegangenen Jahr berücksichtigt.
- Darüber hinaus wird die für die Rentenanpassung maßgebende Lohndynamik, die sich nach der Brutto Lohn- und -gehaltsumme der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung bemisst, in der auch die Löhne und Gehälter von nicht in der Rentenversicherung versicherten Personengruppen (z. B. Beamte) und Entgeltbestandteile oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eingehen, um die Entwicklung der in der allgemeinen Rentenversicherung beitragspflichtigen Lohn- und Gehaltssumme korrigiert.
- Die Altersgrenzen für den frühest möglichen Beginn der vorzeitigen Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit werden ab dem Jahr 2006 stufenweise vom 60. Lebensjahr auf das 63. Lebensjahr angehoben.
- Die rentenrechtlich bewerteten Anrechnungszeiten bei schulischer Ausbildung werden beginnend ab dem Jahr 2005 auf Ausbildungen an Fachschulen und berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen konzentriert.
- Der obere Zielwert der bisher als Schwankungsreserve bezeichneten Rücklage der Rentenversicherung ist auf 1,5 Monatsausgaben angehoben worden und im Zuge dieser Maßnahme begrifflich in Nachhaltigkeitsrücklage umbenannt worden.

### **Die rentenpolitischen Zielsetzungen für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags**

*30a* Auch für die von der großen Koalition aus CDU/CSU und SPD getragenen Bundesregierung sind die in der Reformgesetzgebung der vergangenen beiden Legislaturperioden gesetzlich festgelegten Ziele zur Beitragssatzentwicklung (kein Übersteigen der Marke von 20% bis zum Jahr 2020 und von 22% bis

zum Jahr 2030) und zum Rentenniveau (kein Unterschreiten des Rentenniveaus vor Steuern von 46% bis zum Jahr 2020 sowie 43% bis zum Jahr 2030) die maßgebenden Leitlinien der Rentenpolitik. Zur nachhaltigen Stabilisierung der langfristigen Beitragssatzentwicklung hat sich die Bundesregierung in der Kabinettsitzung am 1. Februar 2006 darauf verständigt, die Regelaltersgrenze von heute 65 Jahre vom Jahr 2012 an in Abhängigkeit vom Geburtsjahrgang schrittweise auf 67 Jahre anzuheben. In vollem Umfang soll die Anhebung auf das Alter 67 im Jahr 2029 abgeschlossen sein, so dass die ab 1964 geborenen Versicherten erst ab diesem Alter eine abschlagsfreie Rente beziehen können. Lediglich für Versicherte, die 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen aufgrund versicherungspflichtiger Beschäftigung oder Pflege oder Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes zurückgelegt haben, soll es dabei verbleiben, dass die Altersrente bereits ab dem 65. Lebensjahr ohne Abschläge in Anspruch genommen werden kann.

*30b* Des Weiteren soll durch die Einfügung eines so genannten „Nachholfaktors“ in die Rentenanpassungsformel sichergestellt werden, dass die zur Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung notwendige Dämpfung der Rentenanpassung in langfristiger Sicht in vollem Umfang realisiert werden. Die geltende Rentenanpassungsformel sieht vor, dass die steigenden Aufwendungen der Arbeitnehmer für ihre Altersversorgung sowie die demografiebedingten Veränderungen beim Verhältnis von Rentenempfängern zu Beitragszahlern die der Lohnentwicklung folgenden Rentenanpassungen dämpfen. Die in der Rentenanpassungsformel aufgenommene Schutzklausel führt jedoch dazu, dass in Zeiten einer nur geringen positiven Lohnentwicklung oder gar einer negativen Lohnentwicklung die Dämpfungseffekte nicht realisiert werden können. Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 18. November 2005 ist deshalb das Nachholen der durch die Schutzklausel nicht realisierten Dämpfungen bei der Rentenanpassung festgelegt worden.

*30c* Ferner soll die staatliche Förderung der privaten Altersvorsorge für Kindererziehende verbessert werden. Derzeit beträgt die im Rahmen dieser Förderung gewährte Kinderzulage ab dem Jahr 2008 185 Euro. Nach dem Koalitionsvertrag vom 18. November 2005 soll diese ab dem Jahr 2008 auf dann 300 Euro angehoben werden.

## Versicherter Personenkreis

31 In der Rentenversicherung werden alle Personen kraft Gesetzes versichert, die als Arbeitnehmer gegen Entgelt beschäftigt sind. Bei zur Ausbildung Beschäftigten bedarf es zum Entstehen von Versicherungspflicht eines Entgeltanspruchs nicht. Die Versicherungspflicht besteht unabhängig von der Höhe des Einkommens. Die Beitragsbemessungsgrenze (2006: in der allgemeinen Rentenversicherung – bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet – für Beschäftigungen in den alten Bundesländern 5.250 Euro / Monat oder 63.000 Euro / Jahr und für Beschäftigungen in den neuen Bundesländern 4.400 Euro / Monat oder 52.800 Euro / Jahr sowie in der knappschaftlichen Rentenversicherung für Beschäftigungen in den alten Bundesländern 6.450 Euro / Monat oder 77.400 Euro / Jahr und für Beschäftigungen in den neuen Bundesländern 5.400 Euro / Monat oder 64.800 Euro / Jahr) ist in der Rentenversicherung somit nicht gleichzeitig eine Versicherungspflichtgrenze wie z. B. in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern vielmehr eine Grenze für die Höhe des versicherten Entgelts. Die früher in der Rentenversicherung der Angestellten allgemein und in der knappschaftlichen Rentenversicherung für bestimmte leitende Angestellte bestehende Versicherungspflichtgrenze ist seit 1968 entfallen.

32 Selbständig Erwerbstätige, die nicht aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen kraft Gesetzes pflichtversichert sind, können auf Antrag die Versicherungspflicht für sich herbeiführen.

33 Von der Versicherungspflicht gibt es für Angehörige eines anderen Versorgungssystems Ausnahmen. Kraft Gesetzes versicherungsfrei sind insbesondere Beamte und andere öffentlich Bedienstete, die aber – falls sie ohne Anwartschaft auf Versorgung aus ihrem Dienstverhältnis ausscheiden – in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert werden. Angehörige einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. Ärzte, Rechtsanwälte) können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen.

34 Personen, die nicht versicherungspflichtig sind, können sich für die Zeit von der Vollendung des 16. Lebensjahres an freiwillig versichern. Dies gilt für Personen, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, grundsätzlich nur, wenn sie die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben. Die Möglichkeit der freiwilligen Höherversi-

cherung (zusätzliche Zahlung freiwilliger Beträge bei bestehender Pflichtversicherung) besteht seit 1998 nicht mehr.

35 Ende des Jahres 2003 waren 34,1 Mio. Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung aktiv versichert. Hiervon waren rd. 30,1 Mio. pflichtversichert. Die größte Fallgruppe unter den Beitragszahlern bilden mit 25 Mio. die versicherungspflichtigen Beschäftigten. Von den pflichtversicherten Personen waren 11,4 Mio. Männer und 4,5 Mio. Frauen in der Arbeiterrentenversicherung versichert. 7,1 Mio. Männer und 10,4 Mio. Frauen gehörten der Angestelltenversicherung an und rd. 128.000 Beschäftigte waren Ende 2003 in der knappschaftlichen Rentenversicherung pflichtversichert.

36 Bis zum 31. Dezember 2004 richtete sich die Zuständigkeit des Versicherungsträgers nach der Art der ausgeübten Tätigkeit. Im Allgemeinen gehörten nach herkömmlicher Auffassung die manuell Tätigen der von den Landesversicherungsanstalten durchgeführten Rentenversicherung der Arbeiter und die überwiegend geistig Tätigen der von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte durchgeführten Rentenversicherung der Angestellten an. Seit dem 1. Januar 2005 ist die organisatorisch Unterscheidung zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten aufgehoben worden. Nach einem im Gesetz zur Reform der Organisation in der gesetzlichen Rentenversicherung festgelegten Ausgleichsverfahren werden die bisher als Arbeiter bei den Landesversicherungsanstalten Versicherten und die bisher als Angestellte bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Versicherten so auf die Regionalträger der Deutsche Rentenversicherung (Landesversicherungsanstalten) und auf den neuen Bundesträger „Deutsche Rentenversicherung Bund“ verteilt, dass 55% der Versicherten bei den Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung (Landesversicherungsanstalten) und 45% der Versicherten beim Bundesträger „Deutsche Rentenversicherung Bund“ versichert sind. In der knappschaftlichen Rentenversicherung sind Personen versichert, die in knappschaftlichen Betrieben beschäftigt sind; das sind Betriebe, in denen Kohle, sonstige Mineralien und ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden. In der knappschaftlichen Rentenversicherung sind Beiträge und Leistungen um rd. ein Drittel höher als in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten. Eine freiwillige Versicherung ist grundsätzlich bei dem

Versicherungsträger durchzuführen, zu dem zuletzt Beiträge entrichtet worden sind.

### Versicherungspflicht

37 Zum versicherungspflichtigen Personenkreis gehören alle gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten, also alle Arbeitnehmer einschließlich der Auszubildenden. Zu den versicherungspflichtig Beschäftigten zählt das Gesetz außerdem unter bestimmten Voraussetzungen behinderte Menschen, Personen, die in besonderen Einrichtungen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften.

38 Zum Kreis der versicherungspflichtig Selbständigen gehören unter bestimmten Voraussetzungen auch die Angehörigen bestimmter Berufe, nämlich Lehrer und Erzieher, Pflegepersonen, Hebammen und Entbindungspfleger, Seelotsen, Künstler und Publizisten, Hausgewerbetreibende, Küstenschiffer und Küstenfischer sowie Handwerker. Die Anzahl der pflichtversicherten Handwerker lag im Jahr 2003 bei rd. 83.000; die Anzahl der sonstigen kraft Gesetzes pflichtversicherten Selbständigen lag im Jahr 2003 bei rd. 27.500 Personen. Seit dem 1. Januar 1999 gehören die so genannten arbeitnehmerähnlichen Selbständigen zum Kreis der versicherungspflichtigen Personen. Arbeitnehmerähnliche Selbständige sind Selbständige, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, dessen Arbeitsentgelt aus diesem Beschäftigungsverhältnis 400 Euro monatlich übersteigt, und die auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind. Eine Tätigkeit nur für einen Auftraggeber liegt vor, wenn der selbständig Tätige wirtschaftlich im Wesentlichen von einem einzigen Auftraggeber abhängig ist. Hiervon wird ausgegangen, wenn mindestens 5/6 der gesamten Einkünfte aus den zu beurteilenden Tätigkeiten aus einer dieser Tätigkeiten erzielt werden.

39 Seit dem 1. Januar 2003 sind die Gründer einer so genannten „Ich-AG“ als weitere Gruppe kraft Gesetzes pflichtversicherter Selbständiger hinzugekommen. Bei Gründern einer „Ich-AG“ handelt es sich um diejenigen selbständig Erwerbstätigen, die ihre Arbeitslosigkeit durch Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit beenden und die von der Bundesagentur für Arbeit durch Zahlung eines Existenzgründungszuschusses gefördert werden. Die Versicherungspflicht als Gründer einer so genannten

„Ich-AG“ ist auf die Dauer der Zahlung eines Existenzgründungszuschusses durch die Bundesagentur für Arbeit befristet und geht der Versicherungspflicht als arbeitnehmerähnlicher Selbständiger vor. Versicherungspflicht besteht für die Dauer der Zahlung eines Existenzgründungszuschusses auch dann, wenn das in dieser Zeit erzielte Arbeitseinkommen die Geringfügigkeitsgrenze (monatlich 400 Euro) nicht übersteigt. Nach dem Ende der Versicherungspflicht als Betreiber einer „Ich-AG“ tritt dem Grunde nach Versicherungspflicht als arbeitnehmerähnlicher Selbständiger ein, wenn die hierfür im Gesetz vorgesehenen Merkmale zu diesem Zeitpunkt vorliegen. Zunächst waren die Regelungen für die Gründungen von „Ich-AG's“ bis zum 31. Dezember 2005 befristet worden. Aufgrund einer noch im Dezember 2005 vorgenommenen Gesetzesänderung wurde diese Frist jedoch bis zum 30. Juni 2006 verlängert.

40 Außerdem sind kraft Gesetzes versicherungspflichtig:

- Personen, für die eine Kindererziehungszeit anzurechnen ist,
- Wehr- und Zivildienstleistende,
- ab 1992 auch Bezieher von Lohnersatzleistungen, wie z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld (ab 2005 als Arbeitslosengeld I bezeichnet),
- ab 2005 die Bezieher von Arbeitslosengeld II, soweit Arbeitslosengeld II nicht nur als Darlehen für einmalige Anschaffungen gewährt wird,
- Bezieher von Vorruhestandsgeld sowie
- Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen, der einen Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung hat, mindestens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

Soweit für diese Personenkreise Sonderregelungen bestehen, wird hierauf im Anschluss an die Darstellung der Rentenversicherung der Beschäftigten (RdNr. 561 ff) eingegangen.

### Versicherungspflicht auf Antrag

41 Alle selbständig erwerbstätigen Personen, die nicht bereits kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind, können der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag als Pflichtversicherte beitreten. Dadurch erwerben sie die gleichen Rechte (z. B. Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit)



und unterliegen den gleichen Pflichten (z. B. monatliche Zahlung von Durchschnittsbeiträgen) wie die übrigen pflichtversicherten Selbständigen. Der Antrag ist innerhalb von fünf Jahren seit Aufnahme der selbständigen Tätigkeit zu stellen. Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen eingetreten sind. Im Jahr 2003 gab es rd. 15.000 auf Antrag pflichtversicherte Selbständige.

42 Die Versicherungspflicht besteht grundsätzlich nur bei einer Beschäftigung oder Tätigkeit im Inland. Auf Antrag versicherungspflichtig sind aber auch:

- Entwicklungshelfer, die ggf. im Ausland Entwicklungsdienst oder Vorbereitungsdienst leisten sowie
- Deutsche, die für eine begrenzte Zeit außerhalb des Bundesgebiets beschäftigt sind,

wenn die Versicherungspflicht von einer Stelle beantragt wird, die ihren Sitz im Inland hat.

43 Unter bestimmten Voraussetzungen können auf Antrag des Reeders auch deutsche Besatzungsmitglieder eines Schiffes, das unter ausländischer Flagge fährt, in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Für deutsche Seeleute, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, und auf einem Seeschiff beschäftigt sind, das im überwiegenden wirtschaftlichen Eigentum eines deutschen Reeders mit Sitz im Inland steht, ist der Reeder gesetzlich verpflichtet, den Antrag auf Einbeziehung in die Versicherungspflicht zu stellen.

44 Schließlich können auch Personen, die trotz Bezugs einer Lohnersatzleistung (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld I) nicht bereits kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind, sowie Personen, die nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend versichert sind, ansonsten aber im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation zuletzt rentenversicherungspflichtig waren, für die Zeit des Leistungsbezugs bzw. der Krankheit oder Rehabilitation auf Antrag Pflichtbeiträge zahlen und damit ggf. eine sich sonst ergebende Versicherungslücke schließen.

45 Personen, die in jeder Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind (z. B. befreite

Angestellte und befreite selbständig Tätige in den neuen Bundesländern), sind von der Möglichkeit der Antragspflichtversicherung jedoch ausgeschlossen. Für Personen, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. der berufsständischen Versorgung) und daher in Bezug auf eine bestimmte Beschäftigung (z. B. als Arzt oder Rechtsanwalt) versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, besteht die Möglichkeit der Antragspflichtversicherung nur dann, wenn sie für die betreffenden Zeiten, also z. B. Zeiten des Bezugs von Krankengeld oder Arbeitslosengeld, in dem anderweitigen Alterssicherungssystem nicht abgesichert sind oder sich dort auch nicht absichern können.

### Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

46 Versicherungsfrei sind Personengruppen, deren Altersversorgung bereits anderweitig gesichert ist und die deshalb einer Sicherung durch die Rentenversicherung nicht bedürfen. Hierzu gehören insbesondere Beamte, Richter und Berufssoldaten sowie sonstige Beschäftigte von Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts (z. B. Dienstordnungsangestellte) mit Anspruch auf eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen. Außerdem zählen hierzu satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften, wenn ihnen nach den Regeln der Gemeinschaft Anwartschaft auf die in der Gemeinschaft übliche lebenslängliche Versorgung zusteht. Damit wird dem Selbstbestimmungs- und Selbstverwaltungsrecht der Religionsgesellschaften Rechnung getragen, das sich auch auf die Daseinsvorsorge ihrer Mitglieder erstreckt.

47 Versicherungsfrei sind schließlich auch Personen, bei denen kein Sicherungsbedürfnis in der Rentenversicherung mehr besteht, weil entweder das Sicherungsziel bereits erreicht ist oder bei denen es unwahrscheinlich ist, dieses Ziel in der Rentenversicherung noch zu erreichen. Hierzu gehören Bezieher einer Vollrente wegen Alters bzw. einer Pension nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bzw. aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach Erreichen einer Altersgrenze sowie Personen, die bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nicht versichert waren oder nach Vollendung des 65. Lebensjahres eine Beitragerstattung aus ihrer Versicherung erhalten haben.



48 Nur geringfügig beschäftigte oder selbstständig tätige Personen sind ebenfalls versicherungsfrei. Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 400 Euro (bis zum 31. März 2003 325 Euro) nicht übersteigt. Dieser Beitrag ist undynamisch und gilt sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer. Eine Beschäftigung ist auch dann geringfügig, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich auf diese Zeit begrenzt ist. Dies gilt aber nur, wenn die Beschäftigung nicht berufsmäßig ausgeübt wird und das Entgelt 400 Euro nicht übersteigt. Mehrere geringfügige Beschäftigungen werden zusammengerechnet, so dass hierdurch die Arbeitsentgeltgrenze von 400 Euro überschritten werden kann. Seit dem 1. April 1999 sind geringfügige Nebenbeschäftigungen ebenfalls mit einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammenzurechnen. Auch in diesem Fall ist eine geringfügige Beschäftigung rentenversicherungspflichtig.

49 Zum 1. April 2003 wurde die Zusammenrechnung von geringfügigen Nebenbeschäftigungen mit versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigungen jedoch wieder gelockert. Seit dieser Zeit bleibt eine erste geringfügige Beschäftigung, die neben einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung ausgeübt wird, zusammenrechnungsfrei. Jede weitere geringfügige Nebenbeschäftigung wird jedoch – wie bereits nach den seit dem 1. April 1999 geltenden Regelungen – mit der versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnet. Eine zusammenrechnungsfreie erste geringfügige Nebenbeschäftigung ist diejenige geringfügige Beschäftigung, die zeitlich als erste aufgenommen worden ist. Die nicht mit einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnete erste geringfügige Beschäftigung wird auch nicht mit eventuell weiteren ausgeübten (zweiten oder dritten) geringfügigen Beschäftigungen zusammengerechnet. Eine Zusammenrechnung erfolgt für den Bereich der Rentenversicherung jedoch nur dann, wenn die Hauptbeschäftigung rentenversicherungspflichtig ist. Weiterhin versicherungsfrei bleiben deshalb Nebenbeschäftigte mit einem versicherungsfreien Hauptberuf als Beamte, Selbständige oder befreite Angestellte in freien Berufen.

50 Arbeitnehmer, die neben einer versicherungspflichtigen (Haupt-)Beschäftigung eine (erste) geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben, die nach

den bis zum 31. März 2003 geltenden Zusammenrechnungsregelung wegen Zusammenrechnung mit der (Haupt-)Beschäftigung versicherungspflichtig war, sind in der (ersten) geringfügigen Beschäftigung vom 1. April 2003 an in dieser Beschäftigung versicherungsfrei geworden. Dagegen sind diejenigen Arbeitnehmer weiterhin über den 31. März 2003 hinaus versicherungspflichtig gebliebenen, die bis zum 31. März 2003 versicherungspflichtig waren, weil sie gegen ein Arbeitsentgelt von 325,01 Euro bis 400 Euro beschäftigt waren, aufgrund der Änderung der Regelungen zu den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zum 1. April 2003 aber nunmehr als geringfügig Beschäftigte und somit als versicherungsfreie Arbeitnehmer anzusehen wären. Arbeitnehmer, die aufgrund dieser Bestandsschutzregelung versicherungspflichtig bleiben, können sich jedoch auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht wirkt vom 1. April 2003 an, wenn er bis zum 30. Juni 2003 gestellt worden ist. Der Antrag kann allerdings auch noch nach dem 30. Juni 2003 gestellt werden; in diesem Fall wirkt die Befreiung vom Eingang des Antrags an. Im Übrigen ist die Befreiung von der Versicherungspflicht auf die geringfügige Beschäftigung beschränkt, für die sie beantragt worden ist. Sie verliert daher ihre Wirkung, wenn diese Beschäftigung aufgegeben wird oder z. B. das Arbeitsentgelt 400 Euro übersteigt und dadurch Versicherungspflicht eintritt. Nimmt der Arbeitnehmer eine andere geringfügig Beschäftigung auf, dann ist diese Beschäftigung versicherungsfrei.

51 Dem kraft Gesetzes versicherungsfreien geringfügig Beschäftigten steht seit dem 1. April 1999 das Recht zu, auf die Versicherungsfreiheit zu verzichten. Bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung hat der Arbeitgeber den Arbeitnehmer auf die Möglichkeit zum Verzicht auf die Versicherungsfreiheit hinzuweisen. Der Verzicht auf die Versicherungsfreiheit für geringfügig Beschäftigte ist schriftlich und einheitlich (bei mehreren geringfügigen Beschäftigungen) gegenüber dem jeweiligen Arbeitgeber zu erklären. Die Wahrnehmung des Verzichtrechts bewirkt, dass ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis entsteht, so dass in diesem Fall vollwertige Pflichtbeiträge zu zahlen sind und damit auch vollwertige Pflichtbeitragszeiten erworben werden. Der zusätzlich erworbene Rentenanspruch ist aufgrund des niedrigen versicherten Entgelts zwar nicht sehr hoch. Attraktiv ist das Recht zum Verzicht auf

die Versicherungsfreiheit allerdings vor allem deshalb, weil hierdurch der Anspruch auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufrechterhalten oder erworben werden kann. Auch werden diese Pflichtbeitragszeiten bei der Rentenberechnung nach Mindesteinkommen berücksichtigt. Mit der rentenversicherungspflichtigen geringfügigen Beschäftigung können ebenfalls die Anspruchsvoraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen sowie für die vorgezogenen Altersrenten erfüllt werden.

52 Bis zum In-Kraft-Treten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes am 1. Oktober 1996 gehörten Studienzeiten regelmäßig zu den beitragsfreien Anrechnungszeiten. Deshalb waren Studenten, die während der Dauer ihres Studiums gegen Arbeitsentgelt beschäftigt oder selbständig tätig waren, ebenfalls versicherungsfrei, wenn sie ausschließlich während der Semesterferien oder nicht mehr als 20 Stunden in der Woche beschäftigt gewesen sind. Da mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz die beitragsfreie Anrechnung von Zeiten der Schul-, Fachschul- oder Hochschulausbildung auf insgesamt 3 Jahre reduziert worden ist, haben Zeiten einer Hochschulausbildung in der Regel nicht mehr oder in nur noch sehr geringem Umfang unmittelbar rentensteigernde Wirkung. Daher wurde mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz ebenfalls die Versicherungsfreiheit für Studenten, die während der Dauer ihres Studiums gegen Arbeitsentgelt beschäftigt oder selbständig tätig sind, aufgehoben. Seit dem 1. Oktober 1996 sind alle Studenten, die eine mehr als geringfügige regelmäßige Beschäftigung ausüben, wie die übrigen Arbeitnehmer rentenversicherungspflichtig. Versicherungsfrei sind dagegen Studenten, die ein Praktikum ableisten, das in der Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, oder ein Praktikum ohne Entgelt bzw. gegen ein Entgelt ableisten, dass die Geringfügigkeitsgrenze für versicherungsfreie Beschäftigungsverhältnisse nicht übersteigt.

53 Auch bei Ausübung einer nur geringfügigen Beschäftigung besteht allerdings für Personen, die im Rahmen betrieblicher Berufsbildung oder als behinderte Menschen in geschützten Werkstätten beschäftigt sind, sowie für Personen, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ableisten, keine Versicherungsfreiheit, da diese Personen in besonderem Maße sozial schutzbedürftig sind.

54 Für Mitglieder des Vorstandes einer Aktiengesellschaft besteht ebenfalls Versicherungsfreiheit.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erstreckte sich die Versicherungsfreiheit auch auf die neben der Tätigkeit für den Vorstand der Aktiengesellschaft ausgeübten Beschäftigungsverhältnisse. Im Jahre 2003 sind Missbrauchsfälle bekannt geworden, in denen Aktiengesellschaften nur zu dem Zweck gegründet wurden, den Vorstandsmitgliedern dieser Aktiengesellschaften die Möglichkeit zu eröffnen, in weiteren – auch nicht konzernzugehörigen – Beschäftigungen bzw. selbständigen Tätigkeiten nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu unterliegen. Mit diesem Missbrauch sollte der Versuch unternommen werden, die Verpflichtung zur Zahlung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen zu umgehen. Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze hat der Gesetzgeber die besondere Regelung über die Versicherungsfreiheit der Vorstandsmitglieder von Aktiengesellschaften auf die Beschäftigung als Vorstandsmitglied beschränkt. Für Beschäftigungen, die neben der Vorstandstätigkeit ausgeübt werden, beurteilt sich daher die Versicherungspflicht nun nach den generellen Regelungen über die Versicherungspflicht.

### **Befreiung von der Versicherungspflicht**

55 Bestimmte Personengruppen, bei denen eine anderweitige ausreichende Absicherung zwar in der Regel gegeben ist, diese aber nicht ohne weiteres unterstellt wird, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden. Hierzu gehören insbesondere

- Personen, die aufgrund landesgesetzlicher Regelung Pflichtmitglied einer Berufskammer und hieraus folgend Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind (z. B. Ärzte, Rechtsanwälte),
- Lehrer oder Erzieher privater Schulen, wenn ihnen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen Anwartschaften auf Versorgung zusteht, auf Antrag des Arbeitgebers,
- nicht deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf Antrag des Reeders sowie
- selbständig tätige Handwerker mit Ausnahme der Bezirksschornsteinfeger, wenn für sie mindestens

18 Jahre lang Pflichtbeiträge gezahlt worden sind.

56 Mit Wirkung zum 1. Januar 1999 wurden so genannte „arbeitnehmerähnliche Selbständige“ in den Schutz der Rentenversicherung einbezogen. Hierbei handelt es sich in der Regel um Ein-Mann-Unternehmen, die lediglich für einen Auftraggeber tätig sind, und daher in ihrer sozialen Schutzbedürftigkeit einen Arbeitnehmer vergleichbar sind (Rdnr. 38). Die „arbeitnehmerähnlichen Selbständigen“ die sich mit ihrem Unternehmen in der Existenzgründungsphase befinden, steht die Möglichkeit zu, sich für einen Zeitraum von maximal drei Jahren, der im Laufe eines Erwerbslebens zwei mal in Anspruch genommen werden kann, von der Rentenversicherungspflicht befreien zu lassen. Auf diese Weise werden die finanziellen Handlungsspielräume in der Existenzgründungsphase erweitert.

57 Eine weitere Befreiungsmöglichkeit besteht auch für die Personen, die die Kriterien des „arbeitnehmerähnlichen Selbständigen“ erst nach Vollendung des 58. Lebensjahres erfüllen, weil sie gegen Ende ihres Erwerbslebens den Umfang ihrer selbständigen Tätigkeit reduziert haben. Diese Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ist zeitlich nicht befristet.

## Nachversicherung

58 Personen, die aufgrund einer Anwartschaft nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen sowie als satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit waren und vor Erreichen des Ruhestandes ohne Anspruch auf Anwartschaft auf Versorgung aus der Beschäftigung ausscheiden, werden in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert. Durch die Nachversicherung werden sie so gestellt, als ob sie während ihres gesamten versicherungsfreien Beschäftigungsverhältnisses in der Rentenversicherung versicherungspflichtig waren.

59 Die Nachversicherung erfolgt durch Beitragszahlung des Arbeitgebers, der Genossenschaft oder der Gemeinschaft unmittelbar an den Träger der Rentenversicherung. Angehörige einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder Nachzuversichernde, die innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden Pflichtmitglied einer solchen Versorgungseinrichtung werden, können verlangen, dass der ehemalige

Arbeitgeber die Nachversicherungsbeiträge statt zur Rentenversicherung dorthin zahlt. Die Beiträge bemessen sich nach den Vorschriften, die im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen für die Nachversicherung gelten.

60 Beitragsbemessungsgrundlage für die zu zahlenden Beiträge ist das aus der Beschäftigung im Nachversicherungszeitraum bezogene Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die gezahlten Beiträge gelten als rechtzeitig gezahlte Pflichtbeiträge.

## Freiwillige Versicherung

61 Alle Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben und nicht versicherungspflichtig sind, können sich für Zeiten von der Vollendung des 16. Lebensjahres an freiwillig versichern. Bei gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland steht dieses Recht nur deutschen Staatsangehörigen zu, soweit Sozialversicherungsabkommen nicht etwas anderes vorsehen. Beamte und ihnen gleich gestellte Personen sowie Angehörige einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, können sich nur dann freiwillig versichern, wenn sie die allgemeine Wartezeit von fünf Beitragsjahren erfüllt haben.

62 Freiwillige Beiträge können nach Erreichen der Altersgrenze nur noch gezahlt werden, solange der Versicherte noch keine volle Altersrente bezieht. Nach bindender Bewilligung einer Vollrente wegen Alters oder für Zeiten des Bezugs einer solchen Rente ist eine freiwillige Versicherung nicht mehr zulässig.

63 Freiwillige Beiträge haben nicht dieselben Rechtswirkungen wie Pflichtbeiträge. So kann z. B. allein durch freiwillige Beitragszahlung kein Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erworben werden. Entsprechendes gilt für die Ansprüche auf vorgezogene Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit bzw. auf Altersrente für Frauen. Auch setzt die Anrechnung beitragsfreier Zeiten wegen Krankheit oder Arbeitslosigkeit die Unterbrechung eines Pflichtversicherungsverhältnisses voraus.

64 Die Anzahl der freiwillig Versicherten lag im Jahr 2003 bei 593.000, von denen aber der überwiegende Teil lediglich den Mindestbeitrag zahlte.

## Nachzahlung freiwilliger Beiträge

65 Freiwillige Beiträge können für das jeweilige Kalenderjahr grundsätzlich nur bis zum 31. März des Folgejahres wirksam gezahlt werden. In einigen Fällen wird aber eine Nachzahlung von Beiträgen zugelassen, um bestehende Versicherungslücken in der Vergangenheit wieder aufzufüllen.

66 Mit dem Rentenreformgesetz 1992 sind einige Nachzahlungsmöglichkeiten zeitlich befristet worden und andere neu hinzugekommen. Seit 1992 sind folgende Personenkreise zur Nachzahlung von Beiträgen berechtigt:

- Deutsche, die aus den Diensten einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation ohne Anspruch oder Anwartschaft auf Versorgung ausscheiden, können innerhalb von sechs Monaten nach dem Ausscheiden für Zeiten dieses Dienstes freiwillige Beiträge nachzahlen.
- Versicherte, denen wegen unschuldig erlittener Strafverfolgungsmaßnahmen ein Entschädigungsanspruch eingeräumt worden ist, können ab 1992 für die Zeit der Untersuchungs- oder Straftat oder einer anderen Strafverfolgungsmaßnahme freiwillige Beiträge nachzahlen. Wurde durch die entschädigungspflichtige Strafverfolgungsmaßnahme eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit unterbrochen, gelten die nachgezahlten Beiträge als Pflichtbeiträge.
- Neu eröffnet hat das Rentenreformgesetz 1992 die Möglichkeit der Nachzahlung von freiwilligen Beiträgen für die Ausbildungszeiten, die deshalb nicht mehr als Anrechnungszeiten berücksichtigt werden können, weil die höchst mögliche Anzahl von beitragsfrei anrechenbaren Monaten an Ausbildungszeiten bereits ausgeschöpft ist, und die noch nicht mit Beiträgen belegt sind. Der Antrag kann nur bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres gestellt werden; bis zum 31. Dezember 2004 war die Nachzahlung von freiwilligen Beiträgen allerdings auch über das 45. Lebensjahr hinaus möglich. Personen, die zunächst, z. B. als Beamte, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind und infolge Ausscheidens aus der bisherigen Beschäftigung nachversichert werden, können ebenfalls über das 45. Lebensjahr hinaus Beiträge für Ausbildungszeiten nachzahlen. Der Nachzahlungsantrag ist in diesen Fällen innerhalb von sechs Monaten nach Durchführung der Nachver-

sicherung oder dem Wegfall der Befreiung von der Versicherungspflicht zu stellen. Die Träger der Rentenversicherung können Teilzahlungen bis zu einem Zeitraum von fünf Jahren zulassen.

- Personen, die durch eine Nachversicherung in der Rentenversicherung erstmals die allgemeine Wartezeit von 60 Kalendermonaten mit vor 1984 belegten Beitragszeiten erfüllt haben, können bestehende Lücken in ihrer Versicherung ab 1. Januar 1984 durch Nachzahlung von freiwilligen Beiträgen schließen. Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach Durchführung der Nachversicherung zu stellen. Diese durch das Rentenreformgesetz 1992 neu geschaffene Nachzahlungsregelung eröffnet diesen Personen die nachträgliche Absicherung für den Fall der verminderten Erwerbsfähigkeit.
- Eine Nachzahlungsmöglichkeit besteht ferner für Geistliche, Ordensangehörige, Diakonissen und vergleichbare Personen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten, die ihre Tätigkeit in den genannten Gebieten aufgegeben und keine gleichartige Beschäftigung im Bundesgebiet wieder aufgenommen haben. Diese können für Zeiten der Versicherungsfreiheit Beiträge nachzahlen, sofern diese Zeiten nicht bereits mit Beiträgen belegt sind und wenn diese Zeiten nicht schon bei einer Beamtenversorgung oder einer beamtenrechtsähnlichen Versorgung angerechnet werden.
- Ehemals selbstständig tätige Vertriebene, Flüchtlinge und Evakuierte können auf Antrag freiwillige Beiträge für Zeiten vor Vollendung des 65. Lebensjahres bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres nachzahlen, wenn sie binnen drei Jahren nach der Vertreibung, der Flucht oder der Evakuierung einen Pflichtbeitrag gezahlt haben.

67 Seit 1992 sind nachgezahlte Beiträge nach den jeweils aktuellen geltenden Rechengrößen (z. B. Bemessungsgrundlage für den Mindestbeitrag, Beitragsbemessungsgrenze, Beitragssatz) im Zahlungszeitpunkt zu berechnen. Auch die Bewertung der Beiträge im Rentenfall erfolgt nach den Werten des Jahres, in dem die Beiträge gezahlt werden, so dass die Nachzahlung nicht mehr zu Vorteilen gegenüber einer laufenden Beitragszahlung führt („In-Prinzip“). Die Beiträge können jeweils bis zum Höchstbetrag, also bis zur Beitragsbemessungsgrenze, gezahlt werden.

## Höherversicherung

68 Die Höherversicherung war eine besondere Form der freiwilligen Versicherung. Nach dem Rentenreformgesetz 1992 war die Möglichkeit hierzu zunächst noch übergangsweise aufrechterhalten worden. Mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurde die Höherversicherung zum 31. Dezember 1997 jedoch beendet, weil sie mit den Prinzipien des Rentenversicherungsrechts nicht vereinbar war.

69 Beiträge zur Höherversicherung konnten in gleicher Höhe wie freiwillige Beiträge gezahlt werden. Sie setzten aber eine Grundversicherung (Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung) voraus, d. h. der Versicherte konnte nur zusätzlich neben Pflicht- oder freiwilligen Beiträgen Höherversicherungsbeiträge zahlen.

70 Leistungen aus der Höherversicherung sind Zusatzleistungen, d. h. sie werden nur neben einer Rente aus anderen Beiträgen erbracht. Die Leistungen errechnen sich aus Steigerungsbeträgen, die sich am Alter des Versicherten im Zeitpunkt der Beitragszahlung orientieren. Diese betragen bei Zahlungen des Beitrags im Alter

	im Monat	im Jahr
bis zu 30 Jahren	1,6667 %	20 %
von 31 bis 35 Jahren	1,5 %	18 %
von 36 bis 40 Jahren	1,3333 %	16 %
von 41 bis 45 Jahren	1,1667 %	14 %
von 46 bis 50 Jahren	1,0 %	12 %
von 51 bis 55 Jahren	0,9167 %	11 %
von 56 und mehr Jahren	0,8333 %	10 %

des Nennwerts des Beitrags, bei einer Hinterbliebenenrente vervielfältigt mit dem entsprechenden Rentenartfaktor.

71 Die Leistungen aus Beiträgen der Höherversicherung unterliegen nicht den Rentenanpassungen; sie bleiben andererseits aber auch bei der Anwendung der Zusammentreffens- und Anrechnungsregelungen weitgehend außer Betracht. Bei der Beitragsbemessung zur Krankenversicherung der Rentner hingegen werden sie berücksichtigt.

## Leistungen der Rentenversicherung

72 § 23 Abs. 1 Nr. 1 des SGB I definiert den Leistungskatalog der gesetzlichen Rentenversicherung wie folgt:

- Heilbehandlung, Berufsförderung und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,
- Renten wegen Alters, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Knappschaftsausgleichsleistung,
- Renten wegen Todes,
- Witwen- und Witwerrentenabfindungen sowie Beitragserstattungen,
- Zuschüsse zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung
- Zuschüsse zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung (nur noch bis zum 31. März 2004) und
- Leistungen für Kindererziehung.

73 Die Ausgaben der Träger der Rentenversicherung beliefen sich im Jahre 2004 ohne die Zahlungen untereinander – insgesamt auf rd. 236 Mrd. Euro. Nach dem finanziellen Aufwand standen die Rentenausgaben mit 211 Mrd. Euro = 89% der Gesamtausgaben zusammen mit den Beiträgen und Zuschüssen zu den Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner mit 15,2 Mrd. Euro = 6,4% der Gesamtausgaben weit an der Spitze; und auch die Aufwendungen für Leistungen zur Rehabilitation machten mit 4,8 Mrd. Euro immerhin 2% der Gesamtausgaben aus. Auf die Verwaltungs- und Verfahrenskosten entfielen mit 3,8 Mrd. Euro 1,6% der Gesamtausgaben. Schließlich stellen die sonstigen Leistungen (u. a. Leistungen für Kindererziehung, Beitragserstattungen, Knappschaftsausgleichsleistungen) mit 1,1 Mrd. Euro einen Gesamtausgabenanteil von 0,5%.

### Leistungen zur Rehabilitation

74 Die Rentenversicherung erbringt medizinische, berufsfördernde und ergänzende sowie sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Aufgabe der Rehabilitation ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten oder sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder ihn möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.



75 Die Leistungen zur Rehabilitation haben Vorrang vor den Rentenleistungen, denn eine gesundheitliche und berufliche Förderung ist sowohl für den einzelnen Versicherten als auch für die Volkswirtschaft sinnvoller und vorteilhafter als eine dauernde Rentenleistung. Dies bedeutet, dass die Rentenversicherungsträger vor der Entscheidung über einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit prüfen müssen, ob nicht Leistungen zur Rehabilitation voraussichtlich erfolgreich sind. Umgekehrt gilt ein Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation als Antrag auf Rente, wenn eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten ist oder Leistungen zur Rehabilitation sich als erfolglos erwiesen haben.

76 Die Leistungen zur Rehabilitation sind im Zuge der Rentenreform 1957 stark ausgebaut worden. Die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen (ohne Tbc-Maßnahmen) ist seit 1955 von rd. 170.000 kontinuierlich auf über 800.000 im Jahre 1975 angestiegen. 1974 führte das Rehabilitationsangleichungsgesetz eine weitgehende Angleichung der Regelungen über die Rehabilitation bei den verschiedenen Sozialleistungsträgern sowie eine bessere Abstimmung der Leistungen der einzelnen Träger untereinander herbei.

### Zahl der in den alten Bundesländern durchgeführten Leistungen zur Rehabilitation in 1000

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (ohne Tbc)

Jahr	RV	ArV	AnV	KnV
1955	170	112	044	14
1960	482	322	137	23
1965	613	389	203	22
1970	643	385	240	18
1975	805	431	351	23
1980	770	406	342	22
1985	682	362	306	14
1986	695	381	300	14
1987	727	410	304	13
1988	769	431	326	12
1989	774	428	330	16
1990	695	387	298	10
1991	755	419	323	13
1992	818	455	350	13
1993	825	458	352	15
1994	847	455	377	15
1995	839	451	372	16
1996	847	444	390	13
1997	500	276	215	9
1998	509	285	216	8
1999	570	314	244	12
2000	665	351	303	11
2001	716	373	330	13
2002	710	368	329	13
2003	668	334	314	20
2004	637	317	301	19

### Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation

Jahr	RV	ArV	AnV	KnV
1955	-	-	-	-
1960	-	-	-	-

1965	23	19	1	3
1970	37	30	4	3
1975 <sup>1)</sup>	22	18	3	1
1980	33	26	7	0
1985	24	19	4	1
1986	26	21	4	1
1987	30	24	5	1
1988	38	33	5	1
1989	41	35	5	1
1990	41	35	5	1
1991	40	34	5	1
1992	40	33	6	1
1993	47	38	8	1
1994	56	49	6	1
1995	59	50	8	1
1996	76	63	12	1
1997	75	57	17	1
1998	72	56	15	1
1999	76	60	15	1
2000	55	38	16	1
2001	63	47	15	1
2002	58	40	18	1
2003	73	50	21	1
2004	76	50	24	2

1) Umstellung der Statistik

### Zahl der in den neuen Bundesländern durchgeführten Leistungen zur Rehabilitation in 1000

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (ohne Tbc)

Jahr	RV	ArV	AnV	KnV
1994	116	055	059	02
1995	146	070	075	01
1996	174	083	090	01
1997	129	065	059	05
1998	134	070	060	04
1999	147	076	066	05
2000	171	083	082	06
2001	177	086	085	06
2002	184	090	087	07
2003	178	085	084	09
2004	167	079	079	09

### Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation

Jahr	RV	ArV	AnV	KnV
1994	20	18	2	0 (insgesamt 030 Fälle)
1995	20	18	2	0 (insgesamt 062 Fälle)
1996	25	23	2	0 (insgesamt 113 Fälle)
1997	26	23	3	0 (insgesamt 373 Fälle)
1998	28	24	4	0 (insgesamt 223 Fälle)
1999	29	25	4	0 (insgesamt 506 Fälle)
2000	31	27	4	0 (insgesamt 509 Fälle)
2001	36	32	4	1
2002	44	38	5	1
2003	27	19	6	1
2004	27	19	7	2

77 Erhebliche Bedeutung kam früher auch der Bekämpfung der Tbc-Erkrankungen zu, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch eine der häufigsten Invaliditätsursachen waren. Das Tuberkulose-Hilfegesetz hatte 1959 diese Aufgabe einheitlich den Trägern der Rentenversicherung übertragen, um sie als Volksseuche besser bekämpfen zu können. Nachdem sie aber diesen Charakter inzwischen weitgehend verloren hat, ist durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 die Zuständigkeit hier-



für wieder den Trägern der Krankenversicherung zugewiesen worden.

78 Das 20. Rentenanpassungsgesetz brachte 1977 erste Konsolidierungsmaßnahmen (Ausschluss von Beamten, weitergehende Zuordnung der berufsfördernden Rehabilitation zur Arbeitsverwaltung), die durch weitere Einschränkungen infolge des 2. Haushaltsstrukturgesetzes ab 1982 noch ergänzt wurden. Seither sind Leistungen zur Rehabilitation nur noch bei „erheblicher“ Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorgesehen; außerdem ist die bloße Möglichkeit, durch Leistungen zur Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit „zu erhalten“, als Leistungsvoraussetzung nicht mehr ausreichend.

79 Von den im Jahr 2004 erbrachten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation entfielen auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes 36% bei Männern und 36,1% bei Frauen, auf Herz- und Kreislauferkrankungen 13,7% bei Männern und 5,1% bei Frauen, auf psychische Erkrankungen 16,5% bei Männern und 19,3% bei Frauen, auf Neubildungen (insbesondere Krebserkrankungen) 17,1% bei Männern und 23,3% bei Frauen, auf Krankheiten der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels 4,2% bei Männern und 3,2% bei Frauen, sowie auf Krankheiten der Atmungsorgane 2,8% bei Männern und 3,0% bei Frauen.

80 Die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherung für medizinische Rehabilitation waren von 6,5 Mrd. DM (3,3 Mrd. Euro) im Jahr 1991 auf rd. 10 Mrd. DM (5,1 Mrd. Euro) im Jahr 1995 gestiegen und bei den Fallzahlen für Rehabilitation war in dieser Zeit ein Anstieg von rd. 850.000 auf über 1 Mio. zu verzeichnen. Angesichts dieser massiven Kostensteigerungen und dem beträchtlichen Anstieg bei den Fallzahlen sind mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz im Bereich der Rehabilitation ein Bündel von Maßnahmen vorgesehen worden, um die Ausgaben für Rehabilitation im Jahr 1997 – wie gesetzlich vorgegeben – auf 7,5 Mrd. DM (3,8 Mrd. Euro) zu begrenzen, was ungefähr den um 600 Mio. DM verringerten Ausgaben für Rehabilitation im Jahr 1993 entsprochen hat. Mit dem 3. Gesetz zur Änderung des SGB VI wurde der Ausgabendeckel für die Jahre 1998 und 1999 neu justiert. Danach durften für den Bereich der Rehabilitation im Jahr 1998 knapp 8 Mrd. DM (4,1 Mrd. Euro) und im Jahr 1999 knapp 8,9 Mrd. DM (4,6 Mrd. Euro) ausgegeben werden. Seit dem Jahr 2000 dürfen die Ausgaben für Reha-

bilitation nicht stärker steigen als die Löhne. Die steigenden Ausgaben für Rehabilitation sind mit den Maßnahmen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes in erster Linie dadurch eingedämmt worden, dass die stationären Rehabilitationsleistungen auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt werden. Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes konnte der für die Jahre 1998 und 1999 bestimmte Ausgabendeckel eingehalten werden. Im Jahr 2004 wurden in allen Zweigen der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen der Rehabilitation insgesamt 4,9 Mrd. Euro aufgewandt und damit der für dieses Kalenderjahr vorgesehene Ausgabendeckel ebenfalls nicht überschritten.

81 Leistungen zur Rehabilitation können erbracht werden, wenn bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen. Als persönliche Voraussetzung nennt das Gesetz eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung sowie die Aussicht, dass durch die Leistungen zur Rehabilitation

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann oder
- bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren Verschlechterung abgewendet werden kann.

82 Als Folge der Ersetzung der Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch die Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung ist mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorgesehen worden, dass Leistungen zur Rehabilitation auch dann erbracht werden können, wenn bei leistungsgeminderten Versicherten, bei denen davon auszugehen ist, dass sie noch einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen können, eine die (Teil-)Rentenzahlung vermeidende wesentliche Besserung ihrer Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Rehabilitation aber nicht zu erwarten ist, durch Leistungen zur Rehabilitation der bisherige, ggf. zu einem Teilzeitarbeitsplatz umgestellte, Arbeitsplatz erhalten werden kann. Zu diesem Zweck sollen vorrangig mit Arbeitgebern und allen an der Arbeitsvermittlung Beteiligten die für die Eingliederung in das Erwerbsleben, insbesondere für eine Teilzeitbeschäftigung, notwendigen Leistungsmöglichkeiten

festgestellt werden. Vor Leistungen zur Ausbildung und Weiterbildung sollen vorrangig Eingliederungshilfen geleistet werden.

83 Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte erfüllt, die bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation haben die Versicherten auch dann erfüllt, wenn sie

- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und grundsätzlich bis zum Antrag ausgeübt haben oder
- vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwenrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

84 Die Rentenversicherungsträger erbringen keine Leistungen zur Rehabilitation, wenn – z. B. bei Arbeitsunfall, Berufskrankheit oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften – ein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist. Sie erbringen grundsätzlich auch keine medizinischen Leistungen in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit oder anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung, da hierfür vorrangig die Krankenversicherung zuständig ist. Aufgrund der mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz eingeführten Regelungen zur Begrenzung der Ausgaben im Bereich der Rehabilitation sind seit dem 1. Januar 1997 auch die Versicherten von Rehabilitationsleistungen ausgeschlossen, die eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird. Zu diesen Leistungen zählen insbesondere: das Arbeitslosengeld an ältere Arbeitslose oder betriebliche Versorgungsleistungen, die – unabhängig von der Art der rechtlichen Konstruktion – auf die Altersrente

hinführen. Denn für Versicherte, die solche Leistungen erhalten, kann das Rehabilitationsziel, möglichst dauerhaft (wieder) in das Erwerbsleben eingegliedert zu werden, nicht mehr erreicht werden. Sie können jedoch bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen von anderen Sozialleistungsträgern Rehabilitationsleistungen erhalten. Ebenfalls können – wie bisher schon – Bezieher einer Altersrente oder einer anderen Altersversorgung Leistungen zur Rehabilitation von einem Rentenversicherungsträger nicht mehr erhalten, weil auch für sie das Ziel, ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern, nicht mehr erreichbar ist. Erforderliche Heilbehandlungen sind in diesen Fällen von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen.

85 Die Leistungen zur Rehabilitation werden vor allem stationär einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Kur- und Spezialrichtungen erbracht. Für bestimmte Erkrankungen sind jedoch auch Leistungen im Ausland möglich, wenn dort ein besserer Rehabilitationserfolg zu erwarten ist.

86 Medizinische Leistungen zur Rehabilitation konnten bis Ende 1996 alle drei Jahre erbracht werden. Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurde die Wiederholungsfrist um ein Jahr verlängert. Seit dem 1. Januar 1997 werden daher medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen eines gesetzlichen Sozialleistungsträgers erbracht. Für die Einhaltung der Wiederholungsfrist von vier Jahren sind auch Rehabilitationsleistungen zu berücksichtigen, die z. B. von einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wurden. Wenn es aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, können – wie schon vor Verlängerung der Wiederholungsfrist – Rehabilitationsleistungen auch in kürzeren zeitlichen Abständen erbracht werden.

87 Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation umfassen insbesondere die ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandsmittel einschließlich Krankengymnastik sowie Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln.

88 Die berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation umfassen eine breite Palette von möglichen Maßnahmen, um den Versicherten möglichst dauerhaft in

das Erwerbsleben und in die Gesellschaft (wieder) einzugliedern. Das Gesetz nennt insbesondere Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme (ggf. auch Zuschüsse an Arbeitgeber), Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung sowie Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen. Diese Leistungen werden nur für die Zeit erbracht, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Sie sollen in der Regel nicht länger als zwei Jahre dauern.

89 Die wichtigste ergänzende Leistung ist das Übergangsgeld. Versicherte, die arbeitsunfähig sind oder wegen der Leistung zur Rehabilitation eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, haben für die Dauer der medizinischen oder berufsfördernden Leistung – in bestimmten Fällen auch darüber hinaus – hierauf grundsätzlich einen Anspruch. Die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld entspricht der für das Krankengeld und zwar noch in der Höhe, wie sie bis zu der mit dem am 1. Oktober 1996 in Kraft getretenen Gesetz zur Beitragsentlastung in der Krankenversicherung vorgenommenen Absenkung auf 70% des zuletzt erzielten Bruttoentgelts, höchstens 90% des zuletzt erzielten Nettoentgelts, maßgebend war. Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld ist damit weiterhin 80% des zuletzt erzielten Bruttoentgelts, höchstens jedoch 100% des zuletzt erzielten Nettoarbeitsentgelts, ohne Berücksichtigung einmaliger Bezüge. Bei Selbständigen und bei freiwillig Versicherten, die Arbeitsentgelt erzielt haben, ist die Berechnungsgrundlage aus 80% des Einkommens zu ermitteln, das den für das letzte Kalenderjahr gezahlten Beiträgen zugrunde liegt.

90 Die Höhe des Übergangsgeldes ist nach den persönlichen Verhältnissen des Versicherten gestaffelt. Seit dem 1997 beträgt es für Versicherte, die ein Kind haben, selbst pflegebedürftig sind oder deren Ehegatte pflegebedürftig ist, ohne Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu haben, sowohl bei medizinischen als auch bei berufsfördernden Rehabilitationsleistungen 75% der Berechnungsgrundlage und bei den übrigen Versicherten 68% der Berechnungsgrundlage; bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an berufsfördernde Leistungen 68% bzw. 63% der Berechnungsgrundlage. Das Übergangsgeld wird jeweils nach Ablauf eines Jahres um denselben

Prozentsatz erhöht, um den zuletzt die Renten angepasst worden sind. Gleichzeitig erzielter anderweitiges Erwerbs- oder Erwerbsersatz Einkommen wird angerechnet.

91 Außer dem Übergangsgeld können als weitere ergänzende Leistungen ggf. auch Haushaltshilfe, Reisekosten, Rehabilitationssport oder die mit einer berufsfördernden Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (z. B. Lehrgangskosten, Lernmittel) erbracht werden.

92 Bei den sonstigen Leistungen zur Rehabilitation handelt es sich um Ermessensleistungen, die aufgrund gemeinsamer, von den Trägern der Rentenversicherung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassener Richtlinien erbracht werden. Hierbei handelt es sich um

- Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges,
- stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben,
- Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen,
- stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten oder Rentenbezieher, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann sowie
- Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern.

93 Der Umfang der Aufwendungen für sonstige Leistungen mit Ausnahme der stationären Leistungen zur Eingliederung in das Erwerbsleben und der Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen darf 7,5% der Haushaltsansätze für die übrigen Leistungen zur Rehabilitation nicht übersteigen.

94 1983 ist durch das Haushaltsbegleitgesetz auch in das Rentenrecht der Grundsatz aufgenommen

worden, dass Versicherte und Rentner, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine medizinische oder eine sonstige stationäre Leistung zur Rehabilitation in Anspruch nehmen, eine Zuzahlung zu erbringen haben. Sie beträgt seit dem 1. Januar 2004 ohne Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung für jeden Kalendertag 10 Euro sowohl für die alten Bundesländer als auch für die neuen Bundesländer. Die Zuzahlung hat maximal für 42 Tage zu erfolgen. Sie ist auf höchstens 14 Tage beschränkt, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist. Ein unmittelbarer Anschluss der stationären Heilbehandlung ist grundsätzlich gegeben, wenn sie innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung beginnt. Während des Bezugs von Übergangsgeld und bei Rehabilitanden unter 18 Jahren ist eine Zuzahlung nicht zu leisten. Würde die Zuzahlung den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten, kann der Rentenversicherungsträger aufgrund so genannten „Härterichtlinien“ von einer Zuzahlung ganz absehen. Dies ist im Jahr 2004 immerhin bei rd. der Hälfte aller Rehabilitanden der Fall gewesen.

### **Rentenarten und die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch**

95 Versicherte und ihre Hinterbliebenen erhalten Rente, wenn die für die jeweilige Rente erforderliche Mindestversicherungszeit (Wartezeit) erfüllt ist und die jeweiligen besonderen versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen. Außerdem ist ein Rentenantrag erforderlich.

96 Renten werden geleistet wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Todes. Im Jahr 2004 sind rd. 1,4 Mio. Renten zugegangen (1,11 Mio. in den alten Bundesländern und 250.000 in den neuen Bundesländern), von denen 59,5% auf Renten wegen Alters, 12,4% auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 22,6% auf Witwen- und Witwenrenten sowie 5,5% auf Waisenrenten entfallen.

97 Wegen der Möglichkeit zusätzlichen Einkommens aus anderen Quellen lassen die Statistiken über die durchschnittliche Höhe und die relative Verteilung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung noch keinen Schluss auf die tatsächliche Einkommensverteilung bei Rentnern zu. Oft werden Renten der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem gesamten Alterseinkommen gleichgesetzt und aus der Höhe der durchschnittlichen Rentenbeträge bestimmter Gruppen auf ihren Wohlstand geschlossen. Dabei

fließen die Einkommen älterer Menschen aus unterschiedlichen Quellen. Niedrigere Renten in der Statistik der Versicherungsträger sagen nur wenig über das Nettoeinkommen der Rentner aus. Zudem ist die Betrachtung der Einkommen von Ehepartnern für viele Fragestellungen nur auf Haushaltsebene aussagekräftig. Ein zuverlässiges und differenziertes Mengengerüst der gesamten Einkommenssituation der älteren Bevölkerung ist deshalb zur Vor- und Nachbereitung gesetzlicher Maßnahmen unabdingbar. Die Datenbasis mit den differenziertesten Auswertungsmöglichkeiten im Hinblick auf diese Vielschichtigkeit der Alterseinkommen ist die repräsentative Studie „Alterssicherung in Deutschland (ASiD)“. Sie wird seit 1986 in mehrjährigem Turnus – zuletzt für das Jahr 2003 – von TNS Infratest Sozialforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durchgeführt.

Danach verfügten im Jahr 2003 in den alten Ländern Ehepaare über ein monatliches Nettoeinkommen von 2.211 Euro, alleinstehende Männer von 1.515 Euro und alleinstehende Frauen von 1.181 Euro je Monat. In den neuen Ländern verfügten im Jahr 2003 Ehepaare über ein Nettoeinkommen von durchschnittlich 1.938 Euro, alleinstehende Männer über ein Nettoeinkommen von 1.284 Euro und alleinstehende Frauen über ein Nettoeinkommen von 1.128 Euro je Monat. Die Werte beziehen sich auf Personen im Alter ab 65 Jahren.

Die Bedeutung der einzelnen Systeme innerhalb des Gesamtgefüges der Alterssicherung kann durch Darstellung der Zusammensetzung des Volumens der Bruttoeinkommen verdeutlicht werden. Danach stammen 66% aller den 65-Jährigen und älteren zufließenden Einkommen aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei zeigt die folgende Übersicht erhebliche Unterschiede nach Familienstand und Gebiet.

Wie zu erwarten, ist der Anteil der gesetzlichen Rentenversicherung in den neuen Ländern wesentlich höher als in den alten. Auch ergibt sich bei alleinstehenden Frauen ein höherer Anteil als bei alleinstehenden Männern oder Ehepaaren. Einkommensbestandteile aus der dritten Säule der Alterssicherung spielen in den neuen Ländern im Vergleich zu den alten noch eine untergeordnete Rolle.

Für Rentner haben die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung eine zentrale Funktion, gleichwohl gibt es eine nicht unerhebliche Anzahl von

**Die wichtigsten Einkommensquellen der Bevölkerung ab 65 Jahren  
(in Prozent des Bruttoeinkommensvolumens)**

Einkommensquelle	Alle	Ehepaare		Allen stehende Männer		Allein stehende Frauen	
		West	Ost	West	Ost	West	Ost
Gesetzliche Rentenversicherung	66	57	89	60	87	68	95
Andere Alterssicherungssysteme	21	26	2	26	5	22	2
Erwerbstätigkeit	4	7	5	3	1	1	0
Zinsen, Vermietung, Lebensversicherung u.a.	7	9	3	9	6	6	2
Wohngeld, Sozialhilfe, Grundsicherung	1	0	0	1	1	1	1
Summe	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Alterssicherung in Deutschland 2003 (ASiD03), eigene Berechnung.

Kleinstrenten, die jedoch keinen Rückschluss auf die Einkommenssituation ihrer Bezieher erlauben. In Deutschland verfügen Ehepaare mit einer Altersrente des Ehemannes von unter 275 Euro über ein Nettoeinkommen von durchschnittlich 2 382 Euro. Alleinstehende mit einer eigenen Rente unter 275 Euro haben im Durchschnitt ein Nettoeinkommen von 1.029 Euro im Monat. Witwen mit einer Witwenrente von weniger als 150 Euro verfügen im Durchschnitt über ein Nettoeinkommen von 1.002 Euro. Der Anteil der Rente am Nettogesamteinkommen bei Ehepaaren mit einer Altersrente des Mannes unter 750 Euro und bei Witwen mit einer Witwenrente unter 450 Euro beträgt im Durchschnitt weniger als 40%. Bei Alleinstehenden mit einer Altersrente unter 750 Euro beträgt dieser Anteil rd. die Hälfte. Eine Vielzahl niedriger Renten sagt also nichts über die Höhe des Nettoeinkommens von Senioren aus. Unter den Beziehern von Kleinstrenten befinden sich frühere Selbstständige mit ausreichender privater Absicherung oder Beamte mit Pension sowie über den Ehepartner abgesicherte Personen.

### Renten wegen Alters

98 Renten wegen Alters werden ab Vollendung eines bestimmten Lebensjahres (Altersgrenze) gezahlt.

- Anspruch auf Regelaltersrente haben Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet und die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Diese beträgt grundsätzlich 5 Jahre; sie kann aber unter bestimmten Voraussetzungen auch vorzeitig erfüllt werden. Auf die allgemeine Wartezeit werden Beitragszeiten (Pflichtbeitragszeiten einschließlich Kindererziehungszeiten sowie Zeiten mit freiwilligen Beiträgen), Ersatzzeiten sowie Zeiten aus einem durchgeführten Versorgungsausgleich angerechnet. Neben der Regelaltersrente darf unbeschränkt hinzuverdient werden.
- Anspruch auf Altersrente für langjährig Versicherte hat, wer das 63. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt hat. Auf diese Wartezeit von 35 Jahren werden alle rentenrechtlichen Zeiten angerechnet. Neben den auf die allgemeine Wartezeit anzurechnenden Zeiten sind dies auch beitragsfreie Zeiten sowie Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung und Pflege.
- Anspruch auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen haben Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der



Behinderung von wenigstens 50% anerkannt sind und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist der Anspruch auf diese Altersrente ausschließlich auf schwerbehinderte Menschen begrenzt worden. Bis zum 31. Dezember 2000 bestand auch dann ab dem 60. Lebensjahr Anspruch auf diese Altersrente, wenn bei Rentenbeginn Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorlag. Aus Gründen des Vertrauensschutzes steht nicht schwerbehinderten Versicherten, die bei Verabschiedung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Dezember 2000 bereits den rentennahen Jahrgängen angehört haben, jedoch auch weiterhin der Anspruch auf diese Altersrente bei Vorliegen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu. Altersrente bei Vorliegen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit haben die Versicherten, die vor dem 1. Januar 1951 geboren sind.

- Anspruch auf Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit haben Versicherte, die
  - das 60. Lebensjahr vollendet haben,
  - entweder bei Beginn der Rente arbeitslos sind und innerhalb der letzten 1 1/2 Jahre insgesamt 52 Wochen arbeitslos waren oder Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben oder 24 Monate Altersteilzeitarbeit ausgeübt haben,
  - in den letzten 10 Jahren vor Beginn der Rente für 8 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit oder sonstige Beiträge, die Pflichtbeiträgen gleichstehen, gezahlt haben.
- Der 10-Jahreszeitraum, innerhalb dessen für 8 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt sein müssen, reicht in der Regel bis zum 50. Lebensjahr zurück. Der Zeitraum wird aber um darin liegende Anrechnungszeiten sowie Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, in denen Pflichtbeiträge nicht gezahlt worden sind, erweitert
- Anspruch auf Altersrente für Frauen haben weibliche Versicherte, die
  - das 60. Lebensjahr vollendet und

- nach Vollendung des 40. Lebensjahres mehr als 10 Jahre an Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt haben.

99 Neben den vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu leistenden Altersrenten (Altersrente für langjährig Versicherte, Altersrente für schwerbehinderte Menschen, Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit und Altersrente für Frauen) darf bis zum vollendeten 65. Lebensjahr nur beschränkt hinzuverdient werden.

100 Auf die für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit und die Altersrente für Frauen erforderliche Wartezeit von 15 Jahren werden wie bei der allgemeinen Wartezeit Beitragszeiten, Ersatzzeiten und Zeiten aus einem durchgeführten Versorgungsausgleich angerechnet.

101 Mit dem Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand, mit dem zum 1. August 1996 die Altersteilzeitarbeit eingeführt wurde, ist die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit in die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit umgestaltet worden. Altersteilzeitarbeit wird vom Versicherten ausgeübt, wenn dieser seine Arbeitszeit um mindestens die Hälfte reduziert, sein Altersteilzeitentgelt um 20%, mindestens jedoch auf 70% seines letzten Nettovollzeitentgelts, aufgestockt wird und der Arbeitgeber für ihn Beiträge zur Rentenversicherung für den Unterschiedsbetrag zwischen mindestens 90% des Vollzeitentgelts und dem Altersteilzeitentgelt zahlt. Nach dem im Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sind die Aufstockungsleistungen des Arbeitgebers für die in Altersteilzeitarbeit Beschäftigten, deren Altersteilzeitarbeit nach dem 30. Juni 2004 beginnt, vereinfacht zu ermitteln. Hierzu wird als Berechnungsbasis zur Ermittlung der Aufstockungsleistungen des Arbeitgebers ein Regelarbeitsentgelt eingeführt. Das Regelarbeitsentgelt ist das auf den Monat entfallende sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt, das der Arbeitgeber im Rahmen des Altersteilzeitarbeitsverhältnisses regelmäßig zu erbringen hat. Das Abstellen auf das bisherige (Vollzeit)Arbeitsentgelt entfällt. Das Regelarbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit ist auch weiterhin um 20% aufzustocken, allerdings entfällt das Korrektiv des Mindestnettoetrags.

### **Anhebung der Altersgrenzen**

102 Im Rentenreformgesetz 1992 war vorgesehen, vom Jahr 2001 an die Altersgrenzen von 60 und



63 Jahren bis zur Regelaltersgrenze von 65 Jahren anzuheben. Bis zum Jahr 2004 sollte die Anhebung in jährlichen Stufen von drei Monaten und anschließend in jährlichen Stufen von sechs Monaten erfolgen. Für Frauen und Arbeitslose wäre dann die Altersgrenze von 65 Jahren im Jahr 2012 und für langjährig versicherte Männer im Jahr 2006 erreicht worden. Auch nach Anhebung der Altersgrenzen für die vorzeitigen Altersrenten sollte eine Inanspruchnahme von Altersrenten vor Vollendung des 65. Lebensjahres weiterhin möglich sein, jedoch unter Inkaufnahme von Rentenminderungen, die in der Höhe vom jeweiligen Zeitpunkt des Beginns der Altersrente abhängen.

*103* Um die bei den Beratungen zum Rentenreformgesetz 1992 in diesem Ausmaß nicht erwartete Belastung der Rentenversicherung durch die Inanspruchnahme der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit zu begrenzen – die Anzahl jährlicher Rentenneuzugänge bei dieser Rentenart hatte sich von rd. 54.000 im Jahr 1992 auf rd. 295.000 im Jahr 1995 erhöht und ihr Anteil an allen neu zugehenden Renten war in dieser Zeit von 7,3% auf 24% gestiegen –, ist die nach dem Rentenreformgesetz 1992 bereits geltende Anhebung der Altersgrenze für diese Rentenart vorgezogen und beschleunigt worden. Die stufenweise Anhebung von 60 auf 65 Jahre erfolgte nun bereits ab dem Jahr 1997 in Monatsschritten, so dass sie Ende des Jahres 2001 abgeschlossen wurde. Betroffen von der Anhebung der Altersgrenze für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit sind damit die Versicherten der Geburtsjahrgänge ab 1937.

*104* Auch nach Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit auf das 65. Lebensjahr konnte diese Altersrente von allen Versicherten, die die Voraussetzungen hierfür erfüllen, mit Vollendung des 60. Lebensjahres beansprucht werden. Da somit ein Beginn der Rente ab Alter 60 rechtlich möglich ist, diente vor allem diese Rentenart – trotz der mit einem vorzeitigen Rentenbeginn verbundenen Rentenminderungen (Rdnr. 108) – weiterhin als Grundlage für betriebliche oder tarifvertragliche Frühverrentungsvereinbarungen, die vielen Arbeitnehmern ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ab Alter 60 oder zum Teil sogar zu einem noch früheren Zeitpunkt möglichst machte. Mit dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) wollte der Gesetzgeber nicht nur die Rentenfinanzen stabilisie-

ren, sondern auch ein eindeutiges Signal zur Umkehr von dieser Frühverrentungspraxis und zur Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer geben. Für die Versicherten ab dem Geburtsjahrgang 1946 wird daher die Altersgrenze für den frühest möglichen Beginn der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit in monatlichen Schritten auf das 63. Lebensjahr angehoben. Versicherte, die im Januar 1946 geboren sind, steht der Anspruch auf diese Altersrente also erst mit 60 Jahren und 1 Monat zu, im Februar 1946 geborene Versicherte können diese Altersrente erst ab dem Alter von 60 Jahren und 2 Monaten beanspruchen und den nach November 1948 geborenen Versicherten steht diese Altersrente schließlich erst ab dem vollendeten 63. Lebensjahr zu. Nach der im RV-Nachhaltigkeitsgesetz vorgesehenen Vertrauensschutzregelung verbleibt es allerdings für alle diejenigen Versicherten bei der Altersgrenze von 60 Jahren für den frühest möglichen Beginn der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit, wenn bis zum 31. Dezember 2003 Arbeitslosigkeit bereits eingetreten ist oder bis zu diesem Zeitpunkt eine rechtsverbindliche Disposition zur Beendigung der Beschäftigung – sei es durch Kündigung oder eine Beendigungsvereinbarung – getroffen worden ist.

*105* Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurde auch die Anhebung der Altersgrenzen für die Altersrente an Frauen und für die Altersrente an langjährig Versicherte vorgezogen und beschleunigt. Anstelle der im Rentenreformgesetz 1992 beschlossenen Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente für Frauen ab dem Jahr 2001 bis zum Jahr 2012 von 60 Jahren auf 65 Jahre hat die Anhebung der Altersgrenze für diese Rentenart nunmehr schon ab dem Jahr 2000 begonnen. Von der Anhebung der Altersgrenze sind daher Frauen ab dem Geburtsjahrgang 1940 betroffen. Die Anhebung auf das 65. Lebensjahr erfolgt in Monatsschritten, so dass sie Ende 2004 abgeschlossen sein wird. Im Unterschied zur Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit ist bei der Altersrente für Frauen auch für die ab 1946 geborenen Versicherten weiterhin ein Beginn dieser Altersrente ab dem vollendeten 60. Lebensjahr möglich. Anders als bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit wurde mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz der frühest mögliche Beginn der Altersrente für Frauen nicht auf das 63. Lebensjahr für die ab 1946 geborenen Versicherten heraufgesetzt.

106 Die Anhebung der Altersgrenze für die Altersrente an langjährig Versicherte von 63 Jahren auf 65 Jahre erfolgt ebenfalls nicht – wie mit dem Rentenreformgesetz 1992 festgelegt – vom Jahr 2001 an, sondern mit ihr ist – wie bei der Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente für Frauen – bereits im Jahr 2000 und damit ein Jahr früher begonnen worden als im Rentenreformgesetz 1992 zunächst vorgesehen war. Die Anhebung der Altersgrenze für diese Altersrente betrifft damit ebenfalls die Versicherten der Geburtsjahrgänge ab 1937. Da die Altersgrenze auch schneller als nach dem Rentenreformgesetz 1992 angehoben wird, nämlich in Monatsschritten, ist ihre Anhebung nicht – wie zunächst vorgesehen – im Jahr 2006 abgeschlossen, sondern sie ist bereits Ende des Jahres 2001 abgeschlossen worden.

107 Das Rentenreformgesetz 1999 sah vor, die Altersgrenze bei der Altersrente an schwerbehinderte Menschen – beginnend ab dem Jahr 2000 – in Monatsschritten vom 60. auf das 63. Lebensjahr anzuheben. Da die Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente an schwerbehinderte Menschen in engem Zusammenhang mit der im Rentenreformgesetz 1999 enthaltenen Neuordnung der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit stand, ist sie mit dem Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte für das Jahr 2000 zunächst ausgesetzt worden. Mit dem im Dezember 2000 verkündeten Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist dann auch die Altersgrenze bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen beginnend ab Januar 2001 angehoben worden. Im Unterschied zur Anhebung der anderen besonderen Altersgrenzen, die um bis zu 5 Jahre auf das 65. Lebensjahr angehoben werden bzw. worden sind, ist die Altersgrenze bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen allerdings nur um 3 Jahre auf das 63. Lebensjahr angehoben. Da mit der Anhebung der Altersgrenze für schwerbehinderte Menschen ab Januar 2001 begonnen wurde, sind von der Anhebung dieser Altersgrenze grundsätzlich die schwerbehinderten Versicherten der Geburtsjahrgänge ab 1941 betroffen. Die Anhebung dieser Altersgrenze ist – wie die Anhebung auch der übrigen Altersgrenzen für die vorzeitigen Altersrenten – in Monatsschritten erfolgt. Sie ist daher seit Ende 2003 abgeschlossen, d. h. für Berechtigte, die nach dem 30. November 1943 geboren sind und denen das Gesetz Vertrauensschutz nicht einräumt, ist nun die Altersgrenze von 63 Jahren maßgebend.

## Die Entwicklung des durchschnittlichen Zugangsalters der Empfänger von Renten wegen Alters in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (seit Januar 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) von 1960 bis 2004 in den alten Bundesländern

Jahr	Arbeiter (ArV)		Angestellte (AnV)		ArV/AnV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1960	65,2	64,0	65,1	63,5	65,2	63,9
1965	65,4	64,1	65,4	63,3	65,4	63,9
1970	65,2	63,4	65,1	63,0	65,2	63,3
1975	64,0	63,2	64,2	62,7	64,1	63,0
1976	63,8	63,4	64,0	63,0	63,9	63,2
1977	63,8	63,4	63,8	62,9	63,8	63,2
1978	63,6	63,2	63,8	62,8	63,7	63,0
1979	63,4	62,8	63,3	62,3	63,4	62,6
1980	62,5	62,0	62,7	61,7	62,6	61,9
1981	62,5	61,6	62,5	61,4	62,5	61,5
1982	62,4	61,6	62,2	61,4	62,3	61,5
1983	62,3	61,6	62,5	61,6	62,4	61,6
1984	62,6	63,4	62,6	62,1	62,6	62,8
1985	62,6	63,6	62,9	62,2	62,7	62,9
1986	62,7	63,9	62,8	62,6	62,8	63,3
1987	62,8	64,2	62,9	62,8	62,8	63,6
1988	62,7	64,2	62,8	62,9	62,8	63,7
1989	62,6	64,1	62,9	63,0	62,7	63,6
1990	62,7	63,8	63,1	63,1	62,8	63,5
1991	62,7	63,7	63,0	62,9	62,8	63,4
1992	63,0	64,0	63,2	63,0	63,1	63,6
1993	62,9	64,0	63,1	62,9	63,0	63,7
1994	62,8	63,9	62,9	62,7	62,8	63,5
1995	62,7	63,9	62,6	62,3	62,6	63,3
1996	62,5	63,6	62,3	62,1	62,5	63,0
1997	62,4	63,4	62,2	61,9	62,4	62,8
1998	62,5	63,3	62,2	61,8	62,4	62,6
1999	62,5	63,3	62,3	61,9	62,4	62,6
2000	62,5	63,4	62,3	62,1	62,5	62,8
2001	62,7	63,5	62,4	62,3	62,6	62,9
2002	63,0	63,8	62,6	62,6	62,8	63,1
2003	63,3	64,0	62,8	62,7	63,1	63,3
2004	63,5	64,1	63,0	62,8	63,3	63,4

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen (Stand: Oktober 2005); Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Die Entwicklung des durchschnittlichen Zugangsalters der Empfänger von Renten wegen Alters in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (seit Januar 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) von 1993 bis 2004 in den neuen Bundesländern

Jahr	Arbeiter (ArV)		Angestellte (AnV)		ArV/AnV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1993	63,5	60,8	64,3	60,4	63,8	60,6
1994	62,4	60,9	63,3	60,4	62,7	60,7
1995	61,7	60,6	62,0	60,3	61,8	60,4
1996	60,7	60,5	61,4	60,1	61,0	60,3
1997	60,6	60,6	61,4	60,3	60,9	60,4
1998	60,8	60,7	61,3	60,3	61,0	60,4
1999	60,8	60,5	61,4	60,3	61,0	60,4
2000	60,8	60,6	61,8	60,5	61,2	60,5
2001	61,2	60,6	62,1	60,7	61,5	60,6
2002	61,4	61,0	62,2	60,7	61,8	60,8
2003	61,8	61,2	62,4	60,8	62,0	61,0
2004	61,9	61,3	62,5	61,1	62,2	61,1

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen (Stand: Oktober 2005); Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Rentenabschläge bei Inanspruchnahme einer Altersrente vor dem 65. Lebensjahr**

*108* Die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit, die Altersrente für Frauen, die Altersrente an langjährig Versicherte sowie die Altersrente für schwerbehinderte Menschen können auch nach Anhebung der Altersgrenzen weiterhin vorzeitig – also frühestens ab dem 60. bzw. dem 63. Lebensjahr – in Anspruch genommen werden.

*109* Macht ein Versicherter von der Möglichkeit der vorgezogenen Altersrente Gebrauch, wird die längere Bezugsdauer der Altersrente aufgrund der vorzeitigen Inanspruchnahme durch einen Zugangsfaktor in der Weise ausgeglichen, dass der Zugangsfaktor, der für eine nicht vorzeitig in Anspruch genommene Altersrente 1 beträgt, für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme um 0,003 Punkte gemindert wird. Dies führt zu einer Minderung der Altersrente um 0,3% für jeden Monat der Inanspruchnahme vor der jeweils maßgebenden Altersgrenze. Die Rentenminderung wirkt über die gesamte Laufzeit der Rente und auch für eine spätere Hinterbliebenenrente.

*110* Mit dem Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand wurde die Möglichkeit geschaffen, die sich aufgrund der längeren Rentenbezugsdauer ergebende Minderung der monatlichen Rente durch zusätzliche Beitragszahlungen auszugleichen. Deshalb haben alle Versicherten, die eine Altersrente vorzeitig in Anspruch nehmen wollen, ab Vollendung des 54. Lebensjahres das Recht, zum Ausgleich der durch einen vorzeitigen Rentenbeginn eintretenden Rentenminderung zusätzliche Beiträge zu leisten.

### **Vertrauensschutz bei der Höhe der Abschläge für die vorgezogenen Altersrenten**

*111* Durch Übergangsregelungen wird das Vertrauen der Versicherten der rentennahen Jahrgänge in die mit dem Rentenreformgesetz 1992 geschaffene Rechtslage geschützt. Ein berechtigtes Vertrauensschutzinteresse besitzen dabei die älteren Versicherten, die bereits arbeitslos sind oder aber in der Aussicht auf eine Altersrente wegen Arbeitslosigkeit Vereinbarungen mit ihren Arbeitgebern getroffen haben, die zur Arbeitslosigkeit führen werden, sowie Versicherte, die bereits schwerbehindert sind. Diese Personen sind von den nach In-Kraft-Treten des Rentenreformgesetzes 1992 vorgenommenen Rechtsänderungen bei den Anhebungen der jeweiligen Altersgrenzen ausgenommen.

*112* Bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit genießen folgende Versicherte Vertrauensschutz in die mit dem Rentenreformgesetz 1992 hinsichtlich der Anhebung der Altersgrenzen geschaffene Rechtslage:

- Versicherte, die vor dem 14. Februar 1996 – dem Tag der Beschlussfassung über den Entwurf eines Gesetzes zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand durch die Bundesregierung – das 55. Lebensjahr vollendet haben (also Versicherte, die bis zum 14. Februar 1941 geboren sind) und die an diesem Tag bereits arbeitslos waren oder Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben,
- Versicherte, die vor dem 14. Februar 1996 das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren Arbeitsverhältnis aufgrund einer Kündigung oder Vereinbarung, die vor dem 14. Februar 1996 erfolgt ist, nach dem 13. Februar 1996 beendet worden ist bzw. beendet wird und die daran anschließend arbeitslos wurden oder werden oder Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus beziehen,
- Versicherte, die vor dem 14. Februar 1996 das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren Arbeitsverhältnis aufgrund einer vor dem 14. Februar 1996 vereinbarten Befristung oder einer vor dem 14. Februar 1996 befristeten arbeitsmarktpolitischen Maßnahme (z. B. Arbeitsbeschaffungsmaßnahme) nach dem 13. Februar 1996 beendet worden ist bzw. beendet wird, und die daran anschließend arbeitslos wurden oder werden sowie
- Versicherte, die vor dem 14. Februar 1996 das 52. Lebensjahr vollendet haben und aus einem Betrieb der Montanindustrie ausgeschieden sind oder ausscheiden.

*113* Ein bestehender Vertrauensschutz wird durch die spätere Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder den Eintritt in eine neue arbeitsmarktpolitische Maßnahme nicht berührt.

*114* Bei der Altersrente für Frauen müssen die gleichen Vertrauensschutzbestände erfüllt sein wie bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit. Ein Unterschied zu der Vertrauensschutzregelung für die Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit besteht nur insofern, als an die Stelle des Stichtags 14. Februar 1996 der Stichtag

7. Mai 1996 (der Tag der Beschlussfassung über die Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente von Frauen durch Kabinettsbeschluss der Bundesregierung) tritt.

*115* Die mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit getroffene Vertrauensschutzregelung zur Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen sieht vor, dass Versicherte, die bis zum 16. November 1950 geboren sind und am 16. November 2000 (dem Tag der 2. und 3. Lesung zum Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Deutschen Bundestag) bereits schwerbehindert, berufs- oder erwerbsunfähig waren, von der Anhebung der Altersgrenze ausgenommen sind. Für sie ist daher weiterhin die Altersgrenze von 60 Jahren maßgebend.

#### **Vertrauensschutz für Versicherte mit 45 Pflichtbeitragsjahren**

*116* Nach einer mit dem Rentenreformgesetz 1999 geschaffenen weiteren Vertrauensschutzregelung bleiben für Versicherte, die vor 1942 geboren sind und 45 Jahre Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt haben, bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit, der Altersrente für Frauen, der Altersrente für langjährig Versicherte und der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ebenfalls die nach dem im Rentenreformgesetz 1992 vorgesehenen Altersgrenzen maßgebend. Um mit dieser den Vertrauensschutz erweiternden Regelung keine neuen Gestaltungsmöglichkeiten in Richtung von Frühverrentungen zu Lasten der Sozialversicherung zu eröffnen, sind bei der Feststellung der erforderlichen 45 Jahre an Pflichtbeitragszeiten die Pflichtbeitragszeiten wegen Bezugs von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe nicht zu berücksichtigen.

*117* Diese Vertrauensschutzregelung wurde deshalb mit dem Rentenreformgesetz 1999 eingeführt, weil die für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit und für die Altersrente für Frauen vorgesehenen Vertrauensschutzregelungen insbesondere Arbeitnehmer in Großunternehmen erfasst haben, die sich Sozialpläne leisten können, nicht jedoch Versicherte, die zwar zu den rentennahen Jahrgängen gehören, aber bis zu den genannten Stichtagen noch nicht arbeitslos waren oder noch nicht über ihr Arbeitsverhältnis disponiert hatten. Dies wurde insbesondere von Versicherten als unbefriedigend empfunden, die besonders viele Jahre mit Pflichtbeiträgen zur Rentenversicherung haben.

*118* Wegen des Charakters dieser Regelung als Vertrauensschutzregelung wurde die Regelung ausschließlich auf Angehörige der rentennahen Geburtsjahrgänge, dies sind die vor 1942 geborenen Versicherten, begrenzt. Dem Vorschlag, an Versicherte mit 45 Jahren an Pflichtbeiträgen ab Vollendung des 60. Lebensjahres generell eine nicht um Abschläge geminderte Altersrente zu leisten, ist der Gesetzgeber bislang generell nicht gefolgt. Denn die mit einer solchen Regelung verbundene Privilegierung langjährig Versicherter, die nicht nur eine ihrer Beitragsleistung entsprechend hohe Rente erhalten würden, sondern diese Rente auch noch ohne Abschläge von einem früheren Zeitpunkt an und damit bis zu fünf Jahren länger als Versicherte mit weniger Beitragszeiten beziehen könnten, wurde bisher als nicht als mit dem die Rentenversicherung prägenden Äquivalenzprinzip (gleich hohe Leistung für gleich hohe Beiträge) unvereinbar angesehen.

*119* Schließlich wurde mit dem Rentenreformgesetz 1999 noch eine weitere Vertrauensschutzregelung hinsichtlich der Anhebung der Altersgrenze bei der Altersrente an langjährig Versicherte für Versicherte geschaffen, die bis zum 14. Februar 1941 geboren sind und am 14. Februar 1996 Vorruhestandsgeld oder Überbrückungsgeld der Seemannskasse bezogen haben. Auch für sie gilt weiterhin die nach dem Rentenreformgesetz 1992 für die Altersrente an langjährig Versicherte maßgebende Altersgrenze.

#### **Vereinheitlichung der Altersgrenzen ab dem Jahr 2012**

*120* Nach derzeitigem Recht haben Frauen die Möglichkeit, eine Altersrente ab Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch zu nehmen. Langjährig Versicherte, also die Mehrzahl der Männer, können die Altersrente dagegen frühestens ab Vollendung des 63. Lebensjahres beziehen. Der Gesetzgeber hat dies auf Dauer nicht mit dem Gleichbehandlungsgebot des Grundgesetzes für vereinbar gehalten. Zudem ist fraglich, ob unterschiedliche Voraussetzungen bei Männern und Frauen für den Altersrentenbezug im Hinblick auf das Europäische Gemeinschaftsrecht auf Dauer aufrechterhalten werden können. Mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurden daher auch die Zugangsvoraussetzungen zu den Altersrenten für Männer und Frauen angeglichen. Für die Angleichung gilt allerdings eine lange Übergangsfrist. Erst vom Jahr 2012 an besteht die Möglichkeit der vorzeitigen Inanspruchnahme einer Altersrente nur noch für Ver-

sicherte, die 35 Jahre mit rentenrechtlich relevanten Zeiten haben, dann allerdings bereits ab dem vollendeten 62. Lebensjahr. Die besondere Altersrente für Frauen und auch die besondere Altersrente für Arbeitslose und nach Altersteilzeitarbeit gibt es von diesem Zeitpunkt an nicht mehr. Nur für schwerbehinderte Menschen, und zwar für Männer und Frauen gleichermaßen, gibt es auch langfristig weiterhin die Möglichkeit des Altersrentenbezugs bereits ab dem vollendeten 60. Lebensjahr.

**Übersicht über die stufenweise Anhebung der Altersgrenzen bei Altersrenten vor dem 65. Lebensjahr**

121 Nach den mit dem Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand aus dem Jahr 1996, dem ebenfalls im Jahr 1996 verabschiedeten Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz, dem Rentenreformgesetz 1999, dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung vorgenommenen Änderungen bei den Altersgrenzen gelten für die Anhebung der Altersgrenzen bei den vorgezogenen Altersrenten nunmehr die folgenden Regelungen:

**Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit**

Für Versicherte ohne Vertrauensschutz gelten bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
1937						
Januar	01	60	01	60	0	00,3
Februar	02	60	02	60	0	00,6
März	03	60	03	60	0	00,9
April	04	60	04	60	0	01,2
Mai	05	60	05	60	0	01,5
Juni	06	60	06	60	0	01,8
Juli	07	60	07	60	0	02,1
August	08	60	08	60	0	02,4
September	09	60	09	60	0	02,7
Oktober	10	60	10	60	0	03,0
November	11	60	11	60	0	03,3
Dezember	12	61	00	60	0	03,6
1938						
Januar	13	61	01	60	0	03,9
Februar	14	61	02	60	0	04,2
März	15	61	03	60	0	04,5
April	16	61	04	60	0	04,8
Mai	17	61	05	60	0	05,1
Juni	18	61	06	60	0	05,4
Juli	19	61	07	60	0	05,7
August	20	61	08	60	0	06,0

September	21	61	09	60	0	06,3
Oktober	22	61	10	60	0	06,6
November	23	61	11	60	0	06,9
Dezember	24	62	00	60	0	07,2
1939						
Januar	25	62	01	60	0	07,5
Februar	26	62	02	60	0	07,8
März	27	62	03	60	0	08,1
April	28	62	04	60	0	08,4
Mai	29	62	05	60	0	08,7
Juni	30	62	06	60	0	09,0
Juli	31	62	07	60	0	09,3
August	32	62	08	60	0	09,6
September	33	62	09	60	0	09,9
Oktober	34	62	10	60	0	10,2
November	35	62	11	60	0	10,5
Dezember	36	63	00	60	0	10,8
1940						
Januar	37	63	01	60	0	11,1
Februar	38	63	02	60	0	11,4
März	39	63	03	60	0	11,7
April	40	63	04	60	0	12,0
Mai	41	63	05	60	0	12,3
Juni	42	63	06	60	0	12,6
Juli	43	63	07	60	0	12,9
August	44	63	08	60	0	13,2
September	45	63	09	60	0	13,5
Oktober	46	63	10	60	0	13,8
November	47	63	11	60	0	14,1
Dezember	48	64	00	60	0	14,4
1941						
Januar	49	64	01	60	0	14,7
Februar	50	64	02	60	0	15,0
März	51	64	03	60	0	15,3
April	52	64	04	60	0	15,6
Mai	53	64	05	60	0	15,9
Juni	54	64	06	60	0	16,2
Juli	55	64	07	60	0	16,5
August	56	64	08	60	0	16,8
September	57	64	09	60	0	17,1
Oktober	58	64	10	60	0	17,4
November	59	64	11	60	0	17,7
Dezember	60	65	00	60	0	18,0
1942 bis 1945						
Januar	60	65	00	60	0	18,0
1946						
Januar	60	65	00	60	1	17,7
Februar	60	65	00	60	2	17,4
März	60	65	00	60	3	17,1
April	60	65	00	60	4	16,8
Mai	60	65	00	60	5	16,5
Juni	60	65	00	60	6	16,2
Juli	60	65	00	60	7	15,9
August	60	65	00	60	8	15,6
September	60	65	00	60	9	15,3
Oktober	60	65	00	60	10	15,0
November	60	65	00	60	11	14,7
Dezember	60	65	00	61	0	14,4
1947						
Januar	60	65	00	61	1	14,1
Februar	60	65	00	61	2	13,8
März	60	65	00	61	3	13,5
April	60	65	00	61	4	13,2
Mai	60	65	00	61	5	12,9
Juni	60	65	00	61	6	12,6
Juli	60	65	00	61	7	12,3
August	60	65	00	61	8	12,0
September	60	65	00	61	9	11,7
Oktober	60	65	00	61	10	11,4
November	60	65	00	61	11	11,1
Dezember	60	65	00	62	0	10,8
1948						
Januar	60	65	00	62	1	10,5
Februar	60	65	00	62	2	10,2
März	60	65	00	62	3	9,9
April	60	65	00	62	4	9,6

Mai	60	65	00	62	5	9,3
Juni	60	65	00	62	6	9,0
Juli	60	65	00	62	7	8,7
August	60	65	00	62	8	8,4
September	60	65	00	62	9	8,1
Oktober	60	65	00	62	10	7,8
November	60	65	00	62	11	7,5
Dezember	60	65	00	63	0	7,2
1949 bis 1951	60	65	00	63	0	7,2

Für folgende nach 1945 geborene Versicherte hat der Gesetzgeber ein schützenswertes Vertrauen anerkannt, die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit bereits ab dem vollendeten 60. Lebensjahr bei Inkaufnahme entsprechend höherer Abschläge (bis zu 18%) in Anspruch nehmen zu können:

Versicherte,

1. die am 1. Januar 2004 arbeitslos waren,
2. deren Arbeitsverhältnis aufgrund einer Kündigung oder Vereinbarung, die vor dem 1. Januar 2004 erfolgt ist, nach dem 31. Dezember 2003 beendet worden ist,
3. deren letztes Arbeitsverhältnis vor dem 1. Januar 2004 beendet worden ist und die am 1. Januar 2004 beschäftigungslos im Sinne des nach den Vorschriften des Rechts der Arbeitsförderung (SGB III) waren,
4. die vor dem 1. Januar 2004 Altersteilzeitarbeit im Sinne des Altersteilzeitgesetzes vereinbart haben oder
5. die Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben.

Für Versicherte mit Vertrauensschutz in die mit dem Rentenreformgesetz 1992 geschaffene Rechtslage gelten bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
vor 1941	00	60	00	60	0	0,0
1941						
Januar–April	01	60	01	60	0	0,3
Mai–August	02	60	02	60	0	0,6
Sept.–Dez.	03	60	03	60	0	0,9
1942						
Januar–April	04	60	04	60	0	1,2
Mai–August	05	60	05	60	0	1,5
Sept.–Dez.	06	60	06	60	0	1,8
1943						
Januar–April	07	60	07	60	0	2,1
Mai–August	08	60	08	60	0	2,4
Sept.–Dez.	09	60	09	60	0	2,7
1944						
Januar–April	10	60	10	60	0	3,0

Für Versicherte der Geburtsjahrgänge ab 1952 besteht ein Anspruch auf die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit nicht mehr. Sie haben bei Erfüllung der Wartezeit von 35 Jahren Anspruch auf die Altersrente für langjährig Versicherte ab Vollendung des 62. Lebensjahres.

### Altersrente für Frauen

Für Versicherte ohne Vertrauensschutz gelten bei der Altersrente für Frauen folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
1940						
Januar	01	60	01	60	0	00,3
Februar	02	60	02	60	0	00,6
März	03	60	03	60	0	00,9
April	04	60	04	60	0	01,2
Mai	05	60	05	60	0	01,5
Juni	06	60	06	60	0	01,8
Juli	07	60	07	60	0	02,1
August	08	60	08	60	0	02,4
September	09	60	09	60	0	02,7
Oktober	10	60	10	60	0	03,0
November	11	60	11	60	0	03,3
Dezember	12	61	00	60	0	03,6
1941						
Januar	13	61	01	61	0	03,9
Februar	14	61	02	60	0	04,2
März	15	61	03	60	0	04,5
April	16	61	04	60	0	04,8
Mai	17	61	05	60	0	05,1
Juni	18	61	06	60	0	05,4
Juli	19	61	07	60	0	05,7
August	20	61	08	60	0	06,0
September	21	61	09	60	0	06,3
Oktober	22	61	10	60	0	06,6
November	23	61	11	60	0	06,9
Dezember	24	62	00	60	0	07,2
1942						
Januar	25	62	01	60	0	07,5
Februar	26	62	02	60	0	07,8
März	27	62	03	60	0	08,1
April	28	62	04	60	0	08,4
Mai	29	62	05	60	0	08,7
Juni	30	62	06	60	0	09,0
Juli	31	62	07	60	0	09,3
August	32	62	08	60	0	09,6
September	33	62	09	60	0	09,9
Oktober	34	62	10	60	0	10,2
November	35	62	11	60	0	10,5
Dezember	36	63	00	60	0	10,8
1943						
Januar	37	63	01	60	0	11,1
Februar	38	63	02	60	0	11,4
März	39	63	03	60	0	11,7
April	40	63	04	60	0	12,0
Mai	41	63	05	60	0	12,3
Juni	42	63	06	60	0	12,6
Juli	43	63	07	60	0	12,9
August	44	63	08	60	0	13,2
September	45	63	09	60	0	13,5
Oktober	46	63	10	60	0	13,8
November	47	63	11	60	0	14,1
Dezember	48	64	00	60	0	14,4
1947						
Januar	49	64	01	60	0	14,7
Februar	50	64	02	60	0	15,0



März	51	64	03	60	0	15,3
April	52	64	04	60	0	15,6
Mai	53	64	05	60	0	15,9
Juni	54	64	06	60	0	16,2
Juli	55	64	07	60	0	16,5
August	56	64	08	60	0	16,8
September	57	64	09	60	0	17,1
Oktober	58	64	10	60	0	17,4
November	59	64	11	60	0	17,7
Dezember	60	65	00	60	0	18,0
1945 - 1951	60	65	00	60	0	18,0

Für Versicherte mit Vertrauensschutz in die mit dem Rentenreformgesetz 1992 geschaffene Rechtslage gelten bei der Altersrente für Frauen folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
vor 1941	00	60	00	60	0	0,0
1941						
Januar-April	01	60	01	60	0	0,3
Mai-August	02	60	02	60	0	0,6
Sept.-Dez.	03	60	03	60	0	0,9
1942						
Januar-April	04	60	04	60	0	1,2
Mai-August	05	60	05	60	0	1,5
Sept.-Dez.	06	60	06	60	0	1,8
1943						
Januar-April	07	60	07	60	0	2,1
Mai-August	08	60	08	60	0	2,4
Sept.-Dez.	09	60	09	60	0	2,7
1944						
Januar-April	10	60	10	60	0	3,0
Mai	11	60	11	60	0	3,3

Für Versicherte der Geburtsjahrgänge ab 1952 besteht ein Anspruch auf die Altersrente für Frauen nicht mehr. Sie haben bei Erfüllung der Wartezeit von 35 Jahren Anspruch auf die Altersrente für langjährig Versicherte ab Vollendung des 62. Lebensjahres.

**Altersrente für langjährig Versicherte**

Für Versicherte ohne Vertrauensschutz gelten bei der Altersrente für langjährig Versicherte folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
vor 1937	00	63	00	63	0	0,0
1937						
Januar	01	63	01	63	0	00,3
Februar	02	63	02	63	0	00,6
März	03	63	03	63	0	00,9
April	04	63	04	63	0	01,2
Mai	05	63	05	63	0	01,5
Juni	06	63	06	63	0	01,8
Juli	07	63	07	63	0	02,1
August	08	63	08	63	0	02,4

September	09	63	09	63	0	02,7
Oktober	10	63	10	63	0	03,0
November	11	63	11	63	0	03,3
Dezember	12	64	00	63	0	03,6
1938						
Januar	13	64	01	63	0	03,9
Februar	14	64	02	63	0	04,2
März	15	64	03	63	0	04,5
April	16	64	04	63	0	04,8
Mai	17	64	05	63	0	05,1
Juni	18	64	06	63	0	05,4
Juli	19	64	07	63	0	05,7
August	20	64	08	63	0	06,0
September	21	64	09	63	0	06,3
Oktober	22	64	10	63	0	06,6
November	23	64	11	63	0	06,9
Dezember	24	65	00	63	0	07,2
Januar 1939 bis Dez. 1947	24	65	00	63	0	07,2
1948						
Januar-Februar	00	65	00	62	11	07,5
März-April	00	65	00	62	10	07,8
Mai-Juni	00	65	00	62	09	08,1
Juli-August	00	65	00	62	08	08,4
September-Okt.	00	65	00	62	07	08,7
November-Dez.	00	65	00	62	06	09,0
1949						
Januar-Februar	00	65	00	62	05	09,3
März-April	00	65	00	62	04	09,6
Mai-Juni	00	65	00	62	03	09,9
Juli-August	00	65	00	62	02	10,2
September-Okt.	00	65	00	62	01	10,5
November-Dez.	00	65	00	62	00	10,8
ab 1950	00	65	00	62	00	10,8

Für Versicherte mit Vertrauensschutz in die mit dem Rentenreformgesetz 1992 geschaffene Rechtslage gelten bei der Altersrente für langjährig Versicherte folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
vor 1938	00	63	00	63	0	0,0
1938						
Januar-April	01	63	01	63	0	0,3
Mai- August	02	63	02	63	0	0,6
Sept.-Dez.	03	63	03	63	0	0,9
1939						
Januar-April	04	63	04	63	0	1,2
Mai- August	05	63	05	63	0	1,5
Sept.-Dez.	06	63	06	63	0	1,8
1940						
Januar-April	07	63	07	63	0	2,1
Mai- August	08	63	08	63	0	2,4
Sept.-Dez.	09	63	09	63	0	2,7
1941						
Januar-April	10	63	10	63	0	3,0
Mai- August	11	63	11	63	0	3,3
Sept.-Dez.	12	63	00	63	0	3,6

**Altersrente für schwerbehinderte Menschen**

Für Versicherte ohne Vertrauensschutz gelten bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen folgende Altersgrenzen:

Versicherte Geburtsjahr Geburtsmonat	An- hebung um ... Monate	auf Alters- grenze		vorzeitige Inanspruch- nahme möglich ab Alter		
		Jahr	Monat	Jahr	Monat	in %
1941						
Januar	01	60	01	60	0	00,3
Februar	02	60	02	60	0	00,6
März	03	60	03	60	0	00,9
April	04	60	04	60	0	01,2
Mai	05	60	05	60	0	01,5
Juni	06	60	06	60	0	01,8
Juli	07	60	07	60	0	02,1
August	08	60	08	60	0	02,4
September	09	60	09	60	0	02,7
Oktober	10	60	10	60	0	03,0
November	11	60	11	60	0	03,3
Dezember	12	61	00	60	0	03,6
1942						
Januar	13	61	01	60	0	03,9
Februar	14	61	02	60	0	04,2
März	15	61	03	60	0	04,5
April	16	61	04	60	0	04,8
Mai	17	61	05	60	0	05,1
Juni	18	61	06	60	0	05,4
Juli	19	61	07	60	0	05,7
August	20	61	08	60	0	06,0
September	21	61	09	60	0	06,3
Oktober	22	61	10	60	0	06,6
November	23	61	11	60	0	06,9
Dezember	24	62	00	60	0	07,2
1943						
Januar	25	62	01	60	0	07,5
Februar	26	62	02	60	0	07,8
März	27	62	03	60	0	08,1
April	28	62	04	60	0	08,4
Mai	29	62	05	60	0	08,7
Juni	30	62	06	60	0	09,0
Juli	31	62	07	60	0	09,3
August	32	62	08	60	0	09,6
September	33	62	09	60	0	09,9
Oktober	34	62	10	60	0	10,2
November	35	62	11	60	0	10,5
Dezember	36	63	00	60	0	10,8
ab 1944	36	63	00	60	0	10,8

Für Versicherte mit Vertrauensschutz in die bis Ende 2000 gegebene Rechtslage wird die Altersgrenze nicht angehoben. Für diese Versicherten besteht damit weiterhin die Möglichkeit, die Altersrente für schwerbehinderte Menschen, Berufs- oder Erwerbsunfähige ab Vollendung des 60. Lebensjahres ohne Inkaufnahme von Abschlägen zu beziehen. Tabellen „Durchschnittliche Höhe der laufenden Renten nach Rentenarten 1966 bis 2002 in den alten und neuen Ländern“ auf den Seiten 278 und 279.

### Teilrente und Hinzuverdienst

**122** Zur weiteren Flexibilisierung der Altersgrenzen wurde mit dem Rentenreformgesetz 1992 für Versicherte, die Anspruch auf eine Rente wegen Alters haben, die Wahlmöglichkeit eröffnet, entweder die ihnen zustehende Vollrente zu beantragen oder nur eine Teilrente in Höhe von einem Drittel, der Hälfte oder von zwei Dritteln der Vollrente zu be-

ansprechen. Durch dieses Gestaltungsrecht wird der gleitende Übergang von der Vollerwerbstätigkeit in den Ruhestand gefördert, indem Versicherte, die die Voraussetzungen für den Bezug einer vorzeitigen Altersrente erfüllen, ihre Erwerbstätigkeit im Rahmen bestimmter zulässiger Hinzuverdienstgrenzen bei gleichzeitigem Bezug eines bestimmten Teils ihrer Altersrente reduzieren können.

**123** Hinzuverdienstgrenzen gelten, wenn eine Rente wegen Alters vor Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen wird. Ein zweimaliges Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze innerhalb eines Jahres um jeweils einen Betrag bis zur Höhe der Hinzuverdienstgrenze z. B. durch Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld ist zulässig. Die Hinzuverdienstgrenze beträgt bei einer Rente wegen Alters als Vollrente ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2006: 350 Euro) und bei einer Rente wegen Alters als Teilrente – je nach Höhe der Teilrente – entweder (bei einer 2/3-Teilrente) rd. 40%, (bei einer 1/2-Teilrente) 60% oder (bei einer 1/3-Teilrente) 80% des versicherten Arbeitsentgelts in den letzten drei Kalenderjahren vor Beginn der Rente (individuelle Hinzuverdienstgrenze) oder ein Betrag in Höhe des 17,55, 26,25 oder 34,95fachen des aktuellen Rentenwerts (allgemeine Hinzuverdienstgrenze), wenn dieser Betrag höher ist als die individuelle Hinzuverdienstgrenze.

**124** Bezogen auf den Stand bis zum 30. Juni 2007 ergeben sich somit bei einem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden aktuellen Rentenwert von 26,13 Euro in den alten Bundesländern und 22,97 Euro in den neuen Bundesländern folgende Mindesthinzuverdienstgrenzen:

- bei einer 2/3-Teilrente 458,58 Euro in den alten Bundesländern und 403,12 Euro in den neuen Bundesländern,
- bei einer 1/2-Teilrente 685,91 Euro in den alten Bundesländern und 602,96 Euro in den neuen Bundesländern und
- bei einer 1/3-Teilrente 913,24 Euro in den alten Bundesländern und 802,80 Euro in den neuen Bundesländern.

**125** Wird die Hinzuverdienstgrenze überschritten, so führt dies seit 1992 allerdings nicht mehr zu einem völligen Entzug der Rente wie dies nach dem bis Ende 1991 geltenden Recht vorgesehen war. Vielmehr ist die Rente in die jeweils niedrigere noch zulässige Teilrente umzuwandeln. Erst bei Über-

schreiten der höchsten Hinzuverdienstgrenze (für die 1/3-Teilrente) wird keine Rente mehr geleistet. Von der Vollendung des 65. Lebensjahres an ist ein Hinzuverdienst unbegrenzt möglich.

126 Einkünfte, die bei Überschreiten der jeweils maßgebenden Hinzuverdienstgrenze zur Änderung der Rentenhöhe oder zum Wegfall der Rente führen, sind das Arbeitsentgelt aus abhängiger Beschäftigung und das Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit. Daher haben Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (Witwen- bzw. Witwerrenten), Betriebsrenten, Beamtenpensionen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Zinseinkünfte keine Auswirkungen auf die Höhe der vorzeitig gezahlten Altersrente.

### **Kündigungsschutz beim Übergang in den Ruhestand**

127 Die durch das Rentenreformgesetz 1992 vorgesehene weitgehende Flexibilisierung der Altersgrenzen ist auch arbeitsrechtlich gesichert. So kann ein Arbeitnehmer Vorschläge über die Teilung seines Arbeitsbereichs machen, wenn er eine Teilrente in Anspruch nehmen will. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zu seinen Vorschlägen Stellung zu nehmen.

128 Darüber hinaus sind Kündigungen oder Aufhebungsverträge unwirksam, wenn sie darauf abstellen, dass der Arbeitnehmer von einem bestimmten Lebensalter an eine Altersrente in Anspruch nehmen kann. Aufhebungsverträge, nach denen ein Arbeitsverhältnis in einem Zeitpunkt enden soll, in dem der Arbeitnehmer Anspruch auf eine Altersrente hat, sind nur noch wirksam, wenn die Verträge innerhalb von drei Jahren vor diesem Zeitpunkt geschlossen oder bestätigt worden sind.

129 Nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 20. Oktober 1993 (7 AZR 13593) fanden die einschränkenden Bedingungen für die Wirksamkeit von Aufhebungsverträgen auch dann Anwendung, wenn im Aufhebungsvertrag als Altersgrenze das 65. Lebensjahr vereinbart war. Durch diese Auslegung der Vorschrift wäre der – bereits seit In-Kraft-Treten des Rentenreformgesetzes 1992 vielfach beobachtete aber nicht beabsichtigte – missbräuchliche Nebeneffekt der Regelung verfestigt worden, dass bei Erreichen der Altersgrenze für die Regelaltersrente das Einverständnis für die Aufhebung des Arbeitsverhältnisses nur gegen eine angemessene Abfindungszahlung erteilt wird. Mit dem am 1. August 1994 in Kraft getretenen Gesetz

zur Änderung des SGB VI gelten die einschränkenden Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Aufhebungsverträgen nur für Aufhebungsverträge, die als Zeitpunkt für die Aufhebung des Arbeitsverhältnisses auf die Berechtigung zum Rentenbezug vor Vollendung des 65. Lebensjahres abstellen.

130 Darüber hinaus hatte das Bundesarbeitsgericht in seiner vorstehenden Entscheidung die Regelung über die Unwirksamkeit von Aufhebungsverträgen auch auf tarifvertragliche Aufhebungsvereinbarungen für anwendbar erklärt. Mit dem Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch wurden tarifvertragliche Aufhebungsvereinbarungen von der Regelung über die einschränkenden Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Aufhebungsverträgen ausgenommen.

### **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**

131 Das Risiko der Invalidität vor Erreichen der Altersgrenze wird durch die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgedeckt. Sie haben die Aufgabe, Einkommen zu ersetzen, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten in einem bestimmten Maße eingeschränkt oder ganz weggefallen ist. In Fachkreisen und in der Wissenschaft, aber auch im politischen Raum bestand weitgehende Einigkeit über die Notwendigkeit einer Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Dennoch hat der Gesetzgeber diese Reform wiederholt zurückgestellt, weil die immer wieder aufflammenden Reformdiskussionen nicht zu konsensfähigen Konzeptionen geführt hatten. Erst mit dem im Dezember 2000 verkündeten Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist es gelungen, eine trag- und kompromissfähige Neuregelung zu den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu realisieren.

132 Ein Ansatzpunkt für die Reformnotwendigkeit war die bis zum 31. Dezember 2000 vorgesehene Aufteilung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit. Dabei war insbesondere die Rente wegen Berufsunfähigkeit zunehmend in die Kritik geraten. Denn die Rente wegen Berufsunfähigkeit wirkte sich im Ergebnis als Privileg von Versicherten mit besonderer Ausbildung und in herausgehobenen Beschäftigungen aus. Der Grundsatz der Gleichbehandlung gebietet es aber, dass die Versicherten im Maße ihrer Beitragszahlung gleiche Möglichkeiten



**Durchschnittliche Höhe der laufenden Renten nach Rentenarten 1966 bis 2002<sup>1)</sup> in den alten und neuen Ländern**  
**Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten**

— Frauen — — EURO/Monat —

Jahr	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Renten wegen Alters										Renten wegen Alters					Renten wegen Todes			
	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit <sup>5)</sup>					Renten wegen Alters					Hinausgeschobene Altersrenten		Erziehungsrenten		Witwenrenten				
	insgesamt		teilweiser Erwerbsminderung		20 Jahre Wartezeit <sup>6)</sup>	insgesamt	Regelaltersrenten <sup>2)</sup>	wegen Arbeitslosigkeit/Alterslosigkeit	für Frauen	für schwerbehinderte Menschen	langjährig Versicherte	insgesamt	Erziehungsrenten	insgesamt	kleine	große			
	insgesamt	5 Jahre Wartezeit <sup>6)</sup>	voller Erwerbsminderung	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt			
<b>Alte Länder</b>																			
1966	78,46	54,91	42,78	61,69	-	89,50	83,57	102,93	120,52	-	-	-	-	96,58	49,38	96,87			
1970	109,86	70,70	56,44	77,60	-	126,54	113,65	144,38	163,85	-	-	-	-	143,64	66,44	144,10			
1975	186,25	110,15	91,09	114,94	-	215,97	183,76	221,76	277,34	313,30	327,69	198,28	-	250,63	97,73	251,43			
1980	240,08	150,64	118,54	154,45	138,46	276,00	220,14	259,66	361,91	427,64	429,31	282,90	211,23	334,16	123,00	335,58			
1985	301,02	204,35	208,40	204,19	290,90	340,59	243,60	335,25	444,70	628,76	520,65	350,86	222,07	402,89	138,45	404,63			
1990	358,51	281,79	287,26	279,96	532,60	373,77	254,96	433,15	526,03	715,98	598,23	400,57	273,28	469,15	151,14	471,48			
1991	376,04	308,52	311,02	304,60	586,53	388,31	262,73	461,54	550,86	746,26	620,63	419,30	295,07	490,30	158,35	492,76			
1992 <sup>3)</sup>	393,21	467,80	339,25	465,80	633,82	386,04	359,93	572,88	590,00	832,66	557,87	-	356,67	504,41	162,77	506,95			
1992 <sup>4)</sup>	371,26	440,32	321,15	438,41	595,98	364,63	340,23	538,28	555,03	689,64	532,16	-	335,78	475,83	153,99	478,22			
1993	387,88	476,44	346,88	475,18	624,02	379,67	349,39	568,44	577,95	671,15	510,32	-	494,14	493,26	157,06	495,58			
1994	404,27	512,76	372,64	512,58	649,00	394,57	357,58	599,53	600,97	666,66	519,00	-	542,31	508,56	161,06	510,73			
1995	406,00	527,31	378,04	528,27	690,47	395,37	351,81	610,78	603,02	650,53	503,97	-	565,57	505,51	161,76	507,52			
1996	412,32	543,78	387,65	545,52	625,18	400,87	350,17	624,60	609,88	646,96	506,69	-	579,69	506,69	162,09	508,58			
1997	423,55	563,61	398,05	566,17	625,52	411,44	352,32	637,87	621,78	654,71	503,91	-	587,63	513,60	162,69	515,34			
1998	434,13	580,32	407,22	583,74	623,04	421,62	353,90	648,13	632,50	665,27	511,40	-	596,81	513,60	163,20	515,21			
1999	445,96	596,89	419,01	600,92	624,81	433,20	356,64	656,22	643,66	676,96	517,59	-	616,07	519,04	164,44	520,60			
2000	454,80	610,03	428,34	614,75	623,34	442,03	357,99	660,17	650,72	686,81	523,14	-	639,68	521,25	164,78	522,72			
2001	465,71	626,32	433,11	630,59	630,59	452,72	360,99	668,68	661,33	703,06	528,40	-	659,58	529,28	166,26	530,67			
2002	476,05	641,63	428,80	648,80	639,47	462,86	383,96	677,39	671,06	719,43	532,75	-	683,31	538,26	169,20	539,62			
<b>Neue Länder</b>																			
1992 <sup>4)</sup>	423,90	468,43	315,31	468,56	288,19	419,92	420,38	365,67	358,95	381,19	235,80	-	182,06	242,90	75,88	242,94			
1993	487,86	522,18	406,67	523,07	382,01	484,42	486,33	436,60	434,56	414,43	276,65	-	311,43	300,96	93,88	301,26			
1994	520,46	564,52	446,85	566,70	380,51	515,61	514,76	520,17	525,67	562,81	440,71	-	454,10	354,90	114,08	355,61			
1995	542,04	560,51	460,34	562,73	485,51	539,66	535,09	568,83	569,48	680,02	538,32	-	489,54	396,06	127,91	397,13			
1996	556,02	568,29	480,98	574,45	489,67	554,28	543,48	543,48	602,61	718,85	502,77	-	531,28	438,68	140,42	439,99			
1997	574,80	582,35	493,92	580,90	448,44	573,67	555,57	633,29	635,45	742,61	572,28	-	549,60	471,57	147,88	473,01			
1998	586,10	591,53	488,93	595,05	455,77	585,29	559,68	650,97	654,91	736,29	614,77	-	571,22	485,23	150,28	486,79			
1999	602,28	605,03	490,14	609,25	469,92	601,88	572,82	670,35	677,63	738,52	643,89	-	644,08	502,27	151,80	503,91			
2000	613,10	614,38	488,57	619,18	485,54	612,92	576,30	677,70	688,49	730,72	640,46	-	605,48	509,54	151,58	509,54			
2001	628,30	627,49	480,26	633,09	506,46	628,42	581,20	690,65	703,88	741,67	627,57	-	670,75	520,66	153,55	522,36			
2002	648,48	644,50	476,64	651,49	531,49	648,99	597,54	707,91	721,21	756,53	615,11	-	704,87	538,24	158,99	540,02			

Hinweis: Für die Jahre vor 2002 ermittelte DM-Beträge wurden zum amtlich festgelegten Umechungskurs 1 Euro = 1,95583 DM in Euro umgerechnet.

1) Einschließlich der jeweiligen Rentenanpassungen; bis 1972 jeweils zum 1. Januar des Jahres, 1973 bis 1977 jeweils zum 1. Juli des Jahres, durch die Verschiebung der Rentenanpassung um ein halbes Jahr wurden die Renten ab 1979 bis 1982 wieder jeweils zum 1. Januar angepasst, ab 1983 jeweils zum 1. Juli des Jahres, 1978 fand keine Rentenanpassung statt.  
 2) Ab 1993 einschli. Artikel 2 RUG-Renten  
 3) Rente wie in den Vorjahren vor Abzug des Eigenbeitrags des Rentners an der KVdR (Bruttorente)  
 4) Rentenzahlbetrag; bis 1994 für KV-Pflichtversicherte; Rente nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PvdR; für freiwillig bzw. privat Versicherte; Bruttorenten zzgl. Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur KVdR und PvdR. Ab 1995 für freiwillig und privat Versicherte nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KVdR und PvdR wie für Pflichtversicherte.  
 5) Ab dem Jahr 2001 sind Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung sowie Erwerbsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller Erwerbsminderung zusammengefasst.  
 Quelle: Rentenbestandsaufnahme des BMGS aus dem Datensatz des RENTEN SERVICE der Deutschen Post AG

haben müssen, Leistungen der Versicherung in Anspruch zu nehmen. Mit Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist ab dem 1. Januar 2001 das Recht der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit daher mit dem Ziel neu geordnet worden, die sich aus der bisherigen Aufteilung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Renten wegen Berufs- und Erwerbsfähigkeit ergebenden Ungleichbehandlungen zu beseitigen.

*133* Als Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden die Rente wegen voller Erwerbsminderung in Höhe einer Vollrente, die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in Höhe einer halben Vollrente und – als Sonderleistung für Bergleute – die Rente für Bergleute bei verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau gezahlt. Die Rente wegen voller Erwerbsminderung und die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung ersetzen damit die bisherigen Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung besteht, wenn der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung nur noch weniger als sechs Stunden täglich, jedoch mehr als drei Stunden täglich, erwerbstätig sein kann. Ist das Leistungsvermögen des Versicherten so stark beeinträchtigt, dass er nicht mehr in der Lage ist, mindestens drei Stunden täglich eine berufliche Tätigkeit auszuüben und verfügt er somit bei typischer Betrachtung nicht mehr über ein auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbares Restleistungsvermögen, ist der Versicherte auf eine volle Einkommensersatzleistung angewiesen. In diesem Fall steht ihm der Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu.

*134* Erwerbsgemindert im Sinne des Rentenrechts ist dagegen nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Es wird unterstellt, dass es für jede Tätigkeit, wenn sie noch 6 Stunden und mehr täglich ausgeübt werden kann, in ausreichender Zahl Arbeitsplätze gibt. Damit fällt das Risiko, dass der Versicherte, der täglich 6 Stunden und mehr erwerbstätig sein kann, im Einzelfall einen Arbeitsplatz nicht findet, in die Zuständigkeit der Arbeitslosenversicherung.

*135* Mit diesen Regelungen ist der anspruchsberechtigte Personenkreis insoweit gegenüber dem nach dem bisherigen Recht der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten anspruchsberechtigten Personenkreis

ausgeweitet worden, als das erforderliche Ausmaß der anspruchsbegründenden Erwerbsminderung im Vergleich zu den bisherigen gesetzlichen „Opfergrenzen“, die bei einem Restleistungsvermögen von unter zwei Stunden (für das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit) bzw. unterhalbsschichtig (für das Vorliegen von Berufsunfähigkeit) gelegen haben, nun mit unter drei bzw. unter sechs Stunden zugunsten der erwerbsgeminderten Versicherten verschoben worden sind.

*136* Der anspruchsberechtigte Personenkreis ist aber auch noch unter einem weiteren Aspekt gegenüber dem bisherigen Recht erweitert worden. Anders als nach dem bisherigen Recht der Renten wegen Erwerbsunfähigkeit, das den Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit – auch wenn diese nur in geringfügigem Umfang ausgeübt wurde – gesetzlich ausgeschlossen hat, haben seit dem In-Kraft-Treten des Rechts der Renten wegen voller Erwerbsminderung am 1. Januar 2001 nun auch Selbständige einen Anspruch auf die volle Erwerbsminderungsrente. Nicht zuletzt im Hinblick darauf, dass mit der Einbeziehung arbeitnehmerähnlicher Selbständiger der Personenkreis der in der Rentenversicherung pflichtversicherten Selbständigen erweitert wurde, wird diesem Personenkreis jetzt die Möglichkeit gegeben, gleiche Leistungen wie abhängig Beschäftigte in Anspruch zu nehmen.

*137* Maßstab für die Feststellung des Leistungsvermögens ist die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, d. h. in jeder nur denkbaren Tätigkeit, die es auf dem Arbeitsmarkt gibt. Zur Feststellung des Leistungsvermögens hat der begutachtende Arzt Diagnosen zu stellen und die hieraus folgenden Funktionseinschränkungen sowie diejenigen Belastungen zu beschreiben, die dem Versicherten gesundheitlich noch zumutbar sind. Zusammenfassend gibt er eine Einschätzung zum Umfang des verbliebenen Leistungsvermögens ab. Allerdings kommen dabei nur Tätigkeiten in Betracht, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind. Damit wird sichergestellt, dass für die Feststellung des Leistungsvermögens solche Tätigkeiten, für die es für den zu beurteilenden Versicherten einen Arbeitsmarkt schlechthin nicht gibt, nicht in Betracht zu ziehen sind (Entscheidung des Bundessozialgerichts veröffentlicht in BSGE 80, S. 24, 34).

*138* Nicht in Betracht zu ziehen sind damit Tätigkeiten, die auf dem Arbeitsmarkt unüblich, insbesondere



auf die besonderen Bedürfnisse einzelner Versicherter zugeschnitten sind. Kann ein Versicherter z. B. nur dann eine Erwerbstätigkeit ausüben, wenn von Seiten des Arbeitgebers sichergestellt ist, dass der Versicherte völlig betriebsunübliche Pausen einhalten darf, so kann davon ausgegangen werden, dass solche Arbeitsplätze nicht dem allgemeinen Arbeitsmarkt angehören und deshalb der vom Arzt abzugebenden Einschätzung zum Leistungsvermögen nicht zugrunde zulegen sind.

*139* Teilzeittätigkeiten sind hingegen – in einer Zeit fortschreitender Flexibilisierung der Arbeitszeiten – durchaus als üblich anzusehen, so dass sie dem allgemeinen Arbeitsmarkt zuzuschreiben sind. Im Übrigen werden auch die Entwicklungen der sich ständig ändernden Tätigkeitsbilder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wie z. B. Telekommunikationsarbeitsplätze, die bei freier Zeiteinteilung eine Tätigkeit von zu Hause aus ermöglichen, zu berücksichtigen sein.

*140* Das Leistungsvermögen des Versicherten ist anhand seiner zeitlichen Einsatzfähigkeit zu beurteilen. Um einen einheitlichen, für alle Versicherten gleichen Maßstab zugrunde legen zu können, wird auf die Stundenzahl abgestellt. Bei der Beurteilung ist die Frage zugrunde zu legen, ob der Versicherte noch in der Lage ist, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter den dort üblichen Bedingungen regelmäßig im Rahmen einer 5-Tage-Woche mindestens sechs bzw. mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten. Andere Anknüpfungspunkte als der Faktor Zeit hätten im Widerspruch zu dem Ziel gestanden, mit der Neuordnung des Rechts der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auch Privilegien abzubauen und Ungleichbehandlungen zu beseitigen. So würde z. B. eine Orientierung an der Höhe des gesundheitsbedingt ausfallenden Einkommens in jedem Einzelfall eine Prognose darüber voraussetzen, welches Einkommen der Versicherte unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch erzielen könnte. Solche Prognosen erscheinen aber auch schon wegen der regionalen sowie branchen- und arbeitgeberspezifischen Unterschiede bei der Entlohnung vergleichbarer Tätigkeiten nahezu unmöglich. Die subjektive Zumutbarkeit einer Tätigkeit unter dem Gesichtspunkt der Ausbildung und des Status der bisherigen beruflichen Tätigkeit ist damit – im Unterschied zur bisherigen Rente wegen Berufsunfähigkeit – ohne Bedeutung. Zu berücksichtigen sind allein die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten sowie eventuelle zusätzliche

Einschränkungen, die sich aus der ärztlichen Begutachtung ergeben können.

*141* Im Recht der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit problematisch und politisch umstritten ist auch, inwieweit bei der Entscheidung darüber, ob ein Versicherter voll erwerbgemindert ist, seine Fähigkeit berücksichtigt werden muss, das noch verbliebene Restleistungsvermögen auf dem Arbeitsmarkt einzusetzen. Dabei ist zwischen Versicherten, die 6 Stunden und mehr täglich arbeitsfähig sind, und solchen Versicherten zu unterscheiden, die nur noch weniger als 6 Stunden täglich arbeitsfähig sind. Bei 6 Stunden und mehr täglich Arbeitsfähigen wird keine Rücksicht auf den Arbeitsmarkt genommen. Bei ihnen gilt die abstrakte Betrachtungsweise. Es wird unterstellt, dass es für jede Tätigkeit, wenn sie in diesem Umfang ausgeübt werden kann, in ausreichender Zahl Arbeitsplätze vorhanden sind. Dem Risiko, dass der Versicherte einen Arbeitsplatz nicht findet, ist in diesem Fall mit den Instrumentarien des Arbeitsförderungsrechts zu begegnen; der Versicherte fällt in die leistungsrechtliche Zuständigkeit der Arbeitslosenversicherung.

*142* Bei den nur noch weniger als 6 Stunden täglich Arbeitsfähigen (nach der bei der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit maßgebenden Terminologie: untervollschichtig Arbeitsfähigen) haben zwei Entscheidungen des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 11. Dezember 1969 – G S 2/68 – und vom 10. Dezember 1976 – G S 2/75 – die Rentenversicherung auf die konkrete Betrachtungsweise festgelegt. Bei ihnen kommt es im Einzelfall darauf an, ob für die in Betracht kommenden Erwerbstätigkeiten Arbeitsplätze vorhanden sind, die der Versicherte mit seinen Kräften und Fähigkeiten noch ausfüllen kann. Er darf auf solche Teilzeitarbeiten nicht verwiesen werden, für die der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist. Das ist dann der Fall, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch die Agentur für Arbeit innerhalb eines Jahres dem Versicherten, nachdem er die Rente beantragt hat, einen für ihn in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

*143* Da die Erfahrung gezeigt hat, dass Versicherte, die 60 Jahre alt oder älter sind, nicht mehr vermittlungsfähig sind, wird bei ihnen in aller Regel unmittelbar, d. h. ohne Einschaltung der Agentur für Arbeit und ohne weitere Vermittlungsbemühungen, volle Erwerbsminderung unterstellt, es sei denn, der Betreffende hat tatsächlich einen Arbeitsplatz inne.

Bei unter 60jährigen Versicherten wird in aller Regel die Entscheidung über die volle Erwerbsminderung zurückgestellt und der Versicherte aufgefordert, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos zu melden. Kann er innerhalb eines Jahres nicht an einen Teilzeitarbeitsplatz vermittelt werden, liegt rückwirkend volle Erwerbsminderung vor. Soweit während der Vermittlungsversuche Arbeitslosengeld gezahlt wurde, wird dieses auf den Rentenanspruch angerechnet.

*144* Da Teilzeitarbeitsplätze für behinderte Menschen in unzulänglicher Zahl angeboten werden, hat die geschilderte Rechtsentwicklung dazu geführt, dass bei den nur noch weniger als 6 Stunden täglich Einsatzfähigen nahezu immer schon dann volle Erwerbsminderung vorliegt, wenn sie nicht eine Teilzeitarbeit tatsächlich ausüben. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Rentenzugangstatistik wider. Während 1960 der Zugang an Berufsunfähigkeitsrenten 50% aller Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den alten Bundesländern ausmachte, ist ihr Anteil am Zugang aller Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2000 in den alten Bundesländern auf rd. 11% gesunken.

*145* Angesichts des Problems der Langzeitarbeitslosigkeit älterer Versicherter war in der Rechtsprechung sowie in der Fachliteratur die Frage aufgetreten, in welchem Umfang die jeweilige Arbeitsmarktlage auch für die Beurteilung der Erwerbsminderung vollschichtig (nach der bei der Rente wegen voller Erwerbsminderung maßgebenden Terminologie: 6 und mehr Stunden täglich) einsatzfähiger Versicherter zu berücksichtigen ist, insbesondere wenn sie zu der Gruppe der ungelernten oder nur angelernten Arbeiter gehören. Diese Frage ist für die künftige Rechtsanwendung von erheblicher Bedeutung gewesen. Eine Änderung der Rechtsprechung hätte im Ergebnis in vielen Fällen zu einem Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit geführt, der nach bisheriger Rechtsanwendung für vollschichtig einsatzfähige Versicherte nicht bestanden hätte. Dies hätte weit reichende Konsequenzen gehabt. Unter dem Druck der Arbeitsmarktlage hätten vor allem ältere erwerbsgeminderte Arbeitnehmer verstärkt die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Anspruch genommen. Dies hätte ein weiteres Absinken des Rentenzugangsalters und damit erhebliche Mehrkosten für die Rentenversicherung zur Folge gehabt. Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des SGB VI wurde die Beibehaltung der auf der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung be-

ruhenden Verwaltungspraxis sichergestellt. Bei dem Personenkreis der leistungsgeminderten, aber noch vollschichtig einsatzfähigen Versicherten war damit auch weiterhin die konkrete Arbeitsmarktsituation nicht zu berücksichtigen.

*146* Im Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde mit der Einführung der Rente wegen voller Erwerbsminderung bestimmt, dass erwerbsgemindert nicht ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und ohne Berücksichtigung der jeweiligen (konkreten) Arbeitsmarktlage mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Damit soll auch weiterhin einer ansonst erwarteten Entwicklung vorgebeugt werden, die dazu führen könnte, dass bereits eine recht geringe Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, die zwischen 6 und 8 Stunden liegt, nach der konkreten Betrachtungsweise den Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung begründet.

*147* Aus der Gesetzesformulierung „erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und ohne Berücksichtigung der jeweiligen (konkreten) Arbeitsmarktlage mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann“ ergibt sich allerdings zugleich auch, dass wegen der ungünstigen Arbeitsmarktsituation auch innerhalb der neuen Rahmenbedingungen die konkrete Betrachtungsweise beibehalten wird. Versicherte, die noch mindestens drei, aber nicht mehr sechs Stunden täglich arbeiten können, das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit aber nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können, erhalten daher eine volle Erwerbsminderungsrente.

### **Sachgerechte Risikoverteilung zwischen Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit**

*148* Die zunächst mit dem Rentenreformgesetz 1999 erfolgte Neuordnung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit löste das Problem, die Risiken zwischen Rentenversicherung und Arbeitsförderung sachgerecht zu verteilen, in der Weise, dass die abstrakte Betrachtungsweise festgeschrieben werden sollte. Bei der Zuerkennung einer Erwerbsminderungsrente sollte also allein auf den Gesundheitszustand des Versicherten abgestellt werden und die Frage, ob der Versicherte noch in der Lage ist, bei der konkreten Situation des (Teilzeit-)Arbeitsmarktes die ihm verbliebene Erwerbsfähigkeit zur Erzielung eines Erwerbseinkommens einzusetzen, keinerlei

Rolle spielen. Für viele Versicherte hätte dies dazu geführt, dass sie nach Auslaufen des Arbeitslosengeldanspruchs in die bedürftigkeitsabhängigen Leistungen der Arbeitslosenhilfe bzw. Sozialhilfe abgeglitten wären.

149 Um auch bei Beibehaltung der konkreten Betrachtungsweise eine sachgerechte Risikoordnung zwischen Renten- und Arbeitslosenversicherung zu gewährleisten, ist mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der notwendige Finanzausgleich für arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrenten geregelt worden. Danach erstattet die Bundesagentur für Arbeit der Rentenversicherung in pauschaler Weise die Hälfte der Aufwendungen für die aufgrund der konkreten Betrachtungsweise gewährten Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die darauf entfallende Beteiligung der Rentenversicherung an den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung für den Zeitraum, für den der Rentenberechtigte ansonsten einen Anspruch auf Arbeitslosengeld gehabt hätte.

150 Im Zusammenhang mit der Erstattung der halben arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrente durch die Bundesagentur für Arbeit ist eine Ergänzung des Arbeitsförderungsrechts zu sehen, wonach ein Arbeitsloser, dem eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zuerkannt ist und wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, durch die Agentur für Arbeit unverzüglich aufzufordern ist, innerhalb eines Monats einen Antrag auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung zu stellen. Stellt der Arbeitslose den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tage des Ablaufs der Frist an bis zu dem Tage, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

### **Vertrauensschutz bei Berufsunfähigkeit**

151 Versicherte, die bei In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit am 1. Januar 2001 bereits das 40. Lebensjahr vollendet haben, können weiterhin eine Rente bei Berufsunfähigkeit in Anspruch nehmen. Dabei wird der Berufsschutz in das neue System der zweistufigen Erwerbsminderungsrente eingebunden, mit der Folge, dass nicht – wie nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht der Renten wegen Berufsunfähigkeit – eine 2/3-Rente, sondern nur 1/2-

Rente zu zahlen ist (Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit).

152 Die Vertrauensschutzregelung ist insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass nach dem Rentenreformgesetz 1999 vorgesehen war, die Rente wegen Berufsunfähigkeit ab dem Jahr 2000 ersatzlos wegfallen zu lassen. Die im Vergleich dazu sehr großzügige Übergangsregelung nach dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit berücksichtigt, dass für ältere Versicherte der Abschluss privater Berufsschutzversicherungen nicht mehr möglich ist. Die Regelung trägt allerdings auch der Tatsache Rechnung, dass der Versicherte noch in der Lage ist, die andere Hälfte seines Lebensunterhalts mit einer Teilzeitbeschäftigung in seinem bisherigen Beruf bzw. einer Vollzeitbeschäftigung in einer Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes zu bestreiten.

153 Auch aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist es sinnvoll, nicht über Jahrzehnte unterschiedliche Rentenarten mit unterschiedlichen Voraussetzungen und unterschiedlichen Rentenfaktoren beizubehalten (Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei einem Leistungsvermögen von unter 6 Stunden einerseits und Rente wegen Berufsunfähigkeit bei einem unterhalbsschichtigen Leistungsvermögen). Dies hat zwar einerseits zur Folge, dass bei Berufsunfähigkeit nur noch eine halbe Rente statt – wie nach dem bis 31. Dezember 2000 geltendem Recht – eine Rente in Höhe von zwei Dritteln der vollen Rente zu zahlen ist; andererseits ist mit der Einbindung der Rente wegen Berufsunfähigkeit in die neuen Regelungen zur Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung insoweit eine Ausdehnung des anspruchsberechtigten Personenkreises verbunden, als die derzeitige gesetzliche „Opfergrenze“, die bei einem Restleistungsvermögen von „unterhalbsschichtig“ liegt, auf unter 6 Stunden zugunsten der erwerbsgeminderten Versicherten verschoben wird.

154 Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als 6 Stunden herabgesunken ist, wobei Maßstab für die Erwerbsfähigkeit die Tätigkeiten sind, die ihm seinem Leistungsvermögen, seinen Fähigkeiten und seinem beruflichen Werdegang nach zumutbar sind. Das zu diesem Maßstab vom Bundessozialgericht für

die Feststellung von Berufsunfähigkeit bei Arbeitern entwickelte Mehrstufenschema gilt ebenfalls für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit. Danach werden die Arbeiterberufe in folgende vier Gruppen eingeteilt:

#### Erste Gruppe

Leitberuf des Vorarbeiters mit Vorgesetztenfunktion bzw. des besonders hochqualifizierten Facharbeiters,

#### Zweite Gruppe

Leitberuf des Facharbeiters mit zwei- bis dreijähriger Lehre und Abschlussprüfung,

#### Dritte Gruppe

Leitberuf des angelernten Arbeiters mit ein- bis zweijähriger Anlernzeit,

#### Vierte Gruppe

ungelernter Arbeiter.

*155* Ein Versicherter darf grundsätzlich nur auf eine Tätigkeit der Berufsgruppe verwiesen werden, die eine Stufe unter der Gruppe seines bisherigen Berufs liegt. Ein Facharbeiter kann z. B. auf angelernte, nicht aber auf ungelernete Tätigkeiten verwiesen werden. Angelernte Arbeiter sind auf alle anderen anlernbaren Tätigkeiten verweisbar, des Weiteren aber auch auf solche ungelernen Tätigkeiten, die ihrem Ansehen und ihrer tariflichen Eingruppierung nach herausgehoben sind. Ungelernte Arbeiter können auf den gesamten Arbeitsmarkt verwiesen werden. Da jeder Beruf, den sie gesundheitlich auszuführen in der Lage sind, ihnen zumutbar ist, scheiden für sie Berufsunfähigkeitsrenten praktisch aus. Facharbeiter hingegen können, wenn sie ungelernete, ihnen also unzumutbare Tätigkeiten ausüben, Berufsunfähigkeitsrenten erhalten, die zum Einkommen aus der Erwerbstätigkeit dann hinzutreten.

*156* Das vom Bundessozialgericht entwickelte Mehrstufenschema gilt in dieser Form nur für Arbeiterberufe. Die Verweisbarkeit von Angestellten muss nach den Besonderheiten des Einzelfalls entschieden werden. Maßgebend für die Verweisung eines Angestellten ist aber ebenfalls der qualitative Wert des bisherigen Berufs und der in Betracht kommenden Verweisungstätigkeit.

### **Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Renten wegen Erwerbsminderung**

*157* Liegt teilweise Erwerbsminderung bzw. teilweise Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit

oder volle Erwerbsminderung vor, besteht Anspruch auf eine entsprechende Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die allgemeine Wartezeit (ggf. vorzeitig) erfüllt ist und innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen belegt sind. Der Zeitraum von fünf Jahren verlängert sich um Anrechnungszeiten sowie Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung. Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit als vorzeitig erfüllt gilt (z. B. einen Arbeitsunfall).

*158* Für Versicherte, die die allgemeine Wartezeit bereits vor 1984 erfüllt hatten, besteht Anspruch auf Rente wegen Teilerwerbsminderung oder voller Erwerbsminderung auch ohne drei Pflichtbeitragsjahre in den letzten fünf Jahren, wenn jeder Kalendermonat vom 1. Januar 1984 bis zum Kalendermonat vor Eintritt der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung entweder mit Beitragszeiten, beitragsfreien Zeiten oder Berücksichtigungszeiten belegt ist, so dass ggf. auch durch kontinuierliche freiwillige Beitragszahlung eine bereits vor 1984 erworbene Anwartschaft auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufrechterhalten werden kann.

*159* Von Geburt an behinderte Menschen sind von dem Erfordernis der Wartezeiterfüllung sowie des Vorliegens einer mindestens dreijährigen Pflichtbeitragszeit in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der vollen Erwerbsminderung ausgenommen. Sie haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, sobald sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllen.

### **Bezugsdauer bei Renten wegen Erwerbsminderung**

*160* Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung oder voller Erwerbsminderung werden nur bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres geleistet, da anschließend Anspruch auf die Regelaltersrente besteht. Ist unmittelbar vor Beginn der Regelaltersrente eine Rente wegen voller Erwerbsminderung geleistet worden, wird die Regelaltersrente mindestens in gleicher Höhe wie die Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt.

*161* Im Unterschied zu dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht, nach dem Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten nur dann als Zeitrenten geleistet wurden, wenn begründete Aussicht bestand,

dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein konnte, werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit künftig in der Regel befristet geleistet. Unbefristet werden sie nur dann erbracht, wenn eine Besserung des Gesundheitszustands „unwahrscheinlich“ ist. Hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen. Mit dieser Umkehr des Regel-Ausnahme-Verhältnisses bei den Zeitrenten soll vor allem erreicht werden, dass der Gesundheitszustand und die weitere Rentenberechtigung in deutlich mehr Fällen als heute eingehend und genau überprüft wird. Eine bestimmte Altersgrenze, ab der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auch ohne die Erfüllung dieser Voraussetzung unbefristet zu leisten wäre, sieht das Gesetz nun nicht mehr vor.

### Höhe der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

162 Die Höhe der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird an die der vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrenten angeglichen. Der Zugangsfaktor (Rdnr. 284 ff) wird für jeden Monat des Rentenbeginns vor dem 63. Lebensjahr um 0,3%, höchstens jedoch um 10,8%, gemindert. Mit dieser Regelung sollen Ausweichreaktionen von den Altersrenten, die nur bei Inkaufnahme von Abschlägen vorzeitig in Anspruch genommen werden können, in die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entgegengewirkt werden.

163 Die Auswirkungen der Abschlagsregelung werden dadurch abgemildert, dass die Zeit zwischen dem vollendeten 55. und 60. Lebensjahr (statt wie nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht nur zu einem Drittel) nun in vollem Umfang als Zurechnungszeit angerechnet wird. Der Versicherte wird damit so gestellt, als ob er entsprechend der Bewertung seiner Zurechnungszeit bis zum 60. Lebensjahr weitergearbeitet hätte. Bei Inanspruchnahme einer Altersrente zu diesem Zeitpunkt müsste er einen Abschlag von 18% hinnehmen. Bei Inanspruchnahme einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ergibt sich jedoch bei einem Standardrentner (Rentner mit 45 Beitragsjahren aus dem Durchschnittsverdienst) eine gegenüber dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht nur um 3,3% (Rentenfall bis zum Lebensalter 56 Jahre und 8 Monate) bzw. um maximal 10,8% (Rentenfall bei Lebensalter 60 Jahre) niedrigere Rente.

### Zusammentreffen von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit Einkommen

164 In Abhängigkeit vom erzielten Hinzuverdienst wird

- eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in voller Höhe oder in Höhe der Hälfte,
- eine Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe, in Höhe von drei Vierteln, in Höhe der Hälfte oder in Höhe eines Viertels sowie
- eine Rente für Bergleute in voller Höhe, in Höhe von zwei Dritteln oder in Höhe von einem Drittel

geleistet.

165 Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird

- bei einem Hinzuverdienst von bis zu rd. 50% des in den letzten 3 Kalenderjahren vor Beginn der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung versicherten Arbeitsentgelts oder, wenn der aus dem 31,05fachen des aktuellen Rentenwerts errechnete Betrag (Stand bis Juni 2007: 811,34 Euro in den alten Bundesländern und 713,22 Euro in den neuen Bundesländern) höher ist, bei einem Hinzuverdienst bis zu diesem Betrag in voller Höhe oder
- bei einem Hinzuverdienst von bis zu rd. 75% des in den letzten 3 Kalenderjahren vor Beginn der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung versicherten Arbeitsentgelts oder, wenn der aus dem 38,7fachen des aktuellen Rentenwerts errechnete Betrag (Stand bis Juni 2007: 1011,23 Euro in den alten Bundesländern und 888,94 Euro in den neuen Bundesländern) höher ist, bei einem Hinzuverdienst bis zu diesem Betrag in Höhe der Hälfte

geleistet.

166 Die Rente wegen voller Erwerbsminderung wird

- bei einem Hinzuverdienst bis zur Höhe eines Siebtels der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2006: 350 Euro) in voller Höhe,
- bei einem Hinzuverdienst von bis zu rd. 25% des in den letzten 3 Kalenderjahren vor Beginn der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung versicherten Arbeitsentgelts oder, wenn der aus dem 23,4fachen des aktuellen Rentenwerts errech-



nete Betrag (Stand bis Juni 2007: 611,44 Euro in den alten Bundesländern und 537,50 Euro in den neuen Bundesländern) höher ist, bei einem Hinzuverdienst bis zu diesem Betrag in Höhe von drei Vierteln,

- bei einem Hinzuverdienst von bis zu rd. 50% des in den letzten 3 Kalenderjahren vor Beginn der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung versicherten Arbeitsentgelts oder, wenn der aus dem 31,05fachen des aktuellen Rentenwerts errechnete Betrag (Stand bis Juni 2007: 811,34 Euro in den alten Bundesländern und 713,22 Euro in den neuen Bundesländern) höher ist, bei einem Hinzuverdienst bis zu diesem Betrag in Höhe der Hälfte und
- bei einem Hinzuverdienst von bis zu rd. 75% des in den letzten 3 Kalenderjahren vor Beginn der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung versicherten Arbeitsentgelts oder, wenn der aus dem 38,7fachen des aktuellen Rentenwerts errechnete Betrag (Stand bis Juni 2007: 1011,23 Euro in den alten Bundesländern und 888,94 Euro in den neuen Bundesländern) höher ist, bei einem Hinzuverdienst bis zu diesem Betrag in Höhe eines Viertels geleistet.

167 Einkünfte, die bei Überschreiten der jeweils maßgebenden Hinzuverdienstgrenze zur Änderung der Rentenhöhe oder zum Wegfall der Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung führen, sind das Arbeitsentgelt aus abhängiger Beschäftigung und das Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit. Wie schon bei den bisherigen Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit seit dem 1. Januar 1999 vorgesehen, stehen ebenfalls bei den Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung dem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen auch die an die Stelle des Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens tretenden Lohnersatzleistungen gleich. Dabei ist als Hinzuverdienst das der Lohnersatzleistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu berücksichtigen.

## **Übergangs- und Vertrauensschutzregelungen bei den Renten wegen Erwerbsminderung**

168 Das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sieht einen umfassenden Bestandsschutz vor, wonach Ansprüche auf Renten wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit,

deren Rentenbeginn vor dem 1. Januar 2001 lag, weiterhin nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht zu beurteilen sind. Laufen befristete Renten erst nach dem In-Kraft-Treten der Neuordnung des Rechts der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit am 1. Januar 2001 aus, so ist auch ein etwaiger Weitergewährungsanspruch nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht zu beurteilen.

169 Ist ein Versicherter auch nach dem Auslaufen der Frist für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit weiterhin aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit außerstande, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das die für Dezember 2000 maßgebende Geringfügigkeitsgrenze übersteigt (630 DM/325 Euro monatlich in den alten und neuen Bundesländern), wird die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit weitergeleistet. Entsprechendes gilt für die Berufsunfähigkeitsrente, wenn auch nach Ablauf der Frist für eine Rente wegen Berufsunfähigkeit die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wegen derselben Krankheit oder derselben Behinderung weiterhin auf weniger als die Hälfte derjenigen eines gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

170 Bei Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit in Höhe eines Siebtels der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2006: 350 Euro) besteht Anspruch auf die niedrigere Rente wegen Berufsunfähigkeit.

171 Die Hinzuverdienstgrenze für eine Rente wegen Berufsunfähigkeit ist wie bei den vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrenten dreistufig ausgestaltet, um so dem jeweiligen Einzelfall angemessen Rechnung tragen zu können. In Abhängigkeit von drei unterschiedlichen Hinzuverdienstgrenzwerten kann der Versicherte eine Rente wegen Berufsunfähigkeit in voller Höhe, in Höhe von zwei Dritteln oder in Höhe von einem Drittel in Anspruch nehmen. Je höher sein Hinzuverdienst ist, desto niedriger ist die Höhe der Rente wegen Berufsunfähigkeit.

172 Die Berufsunfähigkeitsrente wird bei einem Hinzuverdienst von

- bis zu rd. 55% des versicherten Arbeitsentgelts im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Berufsunfähigkeitsrente oder, wenn dieser Betrag



höher ist, bis zum 26,25fachen des aktuellen Rentenwerts (Stand bis Juni 2007: 685,91 Euro in den alten Bundesländern und 602,96 Euro in den neuen Bundesländern) in voller Höhe,

- bis zu rd. 75% des versicherten Arbeitsentgelts im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Berufsunfähigkeitsrente oder, wenn dieser Betrag höher ist, bis zum 35fachen des aktuellen Rentenwerts (Stand bis Juni 2007: 914,55 Euro in den alten Bundesländern und 803,95 Euro in den neuen Bundesländern) in Höhe von zwei Drittel und
- bis zu rd. 90% des versicherten Arbeitsentgelts im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Berufsunfähigkeitsrente oder, wenn dieser Betrag höher ist, bis zum 43,75fachen des aktuellen Rentenwerts (Stand bis Juni 2007: 1.143,19 Euro in den alten Bundesländern und 1.004,94 Euro in den neuen Bundesländern) in Höhe von einem Drittel gezahlt.

Wird die höchstmögliche Hinzuverdienstgrenze überschritten, ruht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente in voller Höhe.

## Renten wegen Todes

173 Renten wegen Todes erhalten die Witwe, der Witwer, die Waisen und der frühere Ehegatte von verstorbenen oder verschollenen Versicherten. Den Renten wegen Todes kommt grundsätzlich die Funktion zu, den Unterhalt, zu dem der verstorbene Versicherte gegenüber seinen Hinterbliebenen zu leisten verpflichtet war, auch weiterhin für die berechtigten Hinterbliebenen sicherzustellen. Das Prinzip des Unterhaltsersatzes ist der konzeptionelle Leitgedanke für das Recht der Renten wegen Todes.

174 Bei den Hinterbliebenenrenten an Witwen oder Witwer unterscheidet das Gesetz zwischen der kleinen und der großen Witwen- bzw. Witwerrente. Die kleine Witwen-/Witwerrente (25% der Rente wegen voller Erwerbsminderung des Verstorbenen) erhält die Witwe / der Witwer nach dem Tod des versicherten Ehegatten, wenn dieser die allgemeine Wartezeit (ggf. vorzeitig) erfüllt hat. Anspruch auf große Witwen-/Witwerrente (60%/55% der Rente wegen voller Erwerbsminderung des verstorbenen Ehegatten) besteht, wenn die Witwe / der Witwer außerdem entweder ein noch minderjähriges oder behindertes Kind erzieht oder bereits das 45. Lebensjahr vollendet hat oder erwerbsgemindert ist.

175 Bei Wiederheirat entfällt der Anspruch auf Witwenrente; er wird bei der ersten Wiederheirat mit dem 24fachen Monatsbetrag abgefunden. Der Anspruch lebt aber wieder auf (Witwenrente nach dem vorletzten Ehegatten), wenn die erneute Ehe aufgelöst oder für nichtig erklärt ist. Auf eine solche Witwenrente nach dem vorletzten Ehegatten werden eine bei Wiederheirat gezahlte Abfindung in angemessenen Teilbeträgen und die Ansprüche aus der letzten Ehe angerechnet.

176 Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente hat auch der frühere Ehegatte eines verstorbenen Versicherten, wenn die Ehe vor dem 1. Juli 1977 geschieden, für nichtig erklärt oder aufgehoben worden ist und der Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes Unterhalt zu leisten hatte oder im letzten Jahr geleistet hat. Ist keine Witwe vorhanden, kann die frühere Ehefrau unter bestimmten Voraussetzungen auch Witwenrente erhalten, wenn keine Unterhaltsverpflichtung des Verstorbenen bestanden hat.

177 Ein solcher Anspruch auf „Geschiedenenwitwenrente“ kann aber nur bei Scheidungen vor dem 1. Juli 1977 bestehen, da bei späteren Scheidungen ein Versorgungsausgleich durchzuführen ist. In diesen Fällen kann sich beim Tod des geschiedenen Ehegatten lediglich ein Anspruch auf Erziehungsrente ergeben, wenn der überlebende frühere Ehegatte ein minderjähriges Kind erzieht, nicht wieder geheiratet hat und bis zum Tode des geschiedenen Ehegatten – ggf. aufgrund des Versorgungsausgleichs – die allgemeine Wartezeit erfüllt hat.

178 Eigenes zusätzliches Einkommen (z. B. Arbeits-einkommen) wird auf sie nach den gleichen Grundsätzen angerechnet wie auf eine Witwenrente. Die Erziehungsrente ist aber dennoch keine Hinterbliebenenrente, sondern eine Rente aus eigener Versicherung, die sich sowohl auf den eigenen rentenrechtlichen Zeiten einschließlich einer Zurechnungszeit, als auch auf den im Wege des Versorgungsausgleichs übertragenen Rentenanwartschaften errechnet.

179 Kinder von verstorbenen Versicherten haben Anspruch auf Halbweisenrente, wenn noch ein unterhaltspflichtiger Elternteil vorhanden ist; sonst besteht Anspruch auf Vollweisenrente. Auch dieser Anspruch setzt die Erfüllung der allgemeinen Wartezeit durch den verstorbenen Versicherten voraus. Anspruch auf Waisenrente besteht ohne weitere Voraussetzungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; bei Schul- oder Berufsausbildung, während eines freiwilligen

sozialen oder ökologischen Jahres und für behinderte Kinder verlängert sich dieser Anspruch bis zum vollendeten 27. Lebensjahr. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst oder Zivildienst unterbrochen, verlängert sich die Zahlung der Waisenrente zusätzlich um einen entsprechenden Zeitraum auch über das 27. Lebensjahr hinaus.

## **Änderungen in der Hinterbliebenenversorgung durch das Altersvermögens-Ergänzungsgesetz**

180 Die heutige Alterssicherung von verwitweten Frauen besteht vielfach in einer kleinen eigenen Versichertenrente und einer betragsmäßig meist höheren Witwenrente. Die abgeleitete Sicherung von Frauen durch die Witwenrente entspricht jedoch nicht mehr dem Rollenverständnis von Frauen in der heutigen Gesellschaft. Das moderne Verständnis von Ehe und partnerschaftlicher Arbeitsteilung in der Familie verlangt, dass künftig vermehrt das Prinzip des Teilens statt des Prinzips des Unterhaltersatzes gelten sollte. Außerdem wird als ungerecht empfunden, dass Geschiedene mit einem zu ihren Gunsten durchgeführten Versorgungsausgleich gegenüber Witwen- und Witwern insoweit besser gestellt sind, als ihnen auf die sich aus dem Versorgungsausgleich ergebende Rente Einkommen nicht angerechnet wird, während Witwen und Witwern sich auf ihre abgeleiteten Witwen- und Witwerrenten eigenes Einkommen anrechnen lassen müssen. Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz wurden daher wichtige Schritte unternommen, die eigenständige Alterssicherung von Frauen in Verbindung mit einer Reform der Hinterbliebenenrenten zu verbessern.

181 Aber auch ein auf die eigenständige Alterssicherung von Frauen ausgerichtetes Rentenmodell kann auf eine Hinterbliebenenversorgung nicht verzichten. Daher ist das auf dem Prinzip des Unterhaltersatzes beruhende Hinterbliebenenrentenrecht durch das Altersvermögens-Ergänzungsgesetz nicht in seiner Grundstruktur geändert worden. Als wesentliche Änderung im Recht der Hinterbliebenenversorgung ist mit diesem Gesetz eine Kinderkomponente bei den Witwen- und Witwerrenten eingeführt worden. Kindererziehung findet daher künftig auch bei der Berechnung einer Witwen- oder Witwerrente in besonderer Weise Berücksichtigung.

182 Der Rentenartfaktor, der das für die jeweilige Rentenart allgemein vorgesehene Sicherungsniveau

steuert, wird für die Witwen- oder Witwerrente von 0,6 auf 0,55 gesenkt. Damit beträgt der allgemeine Versorgungssatz für eine Witwen- oder Witwerrente nicht mehr 60%, sondern künftig nur noch 55% der Rente des verstorbenen Versicherten. Mit der Senkung des allgemeinen Versorgungssatzes geht jedoch die Erhöhung der Witwen- oder Witwerrente um Zuschläge für erzoogene Kinder einher. Witwen bzw. Witwer erhalten für das erste Kind, für das ihnen in vollem Umfang die Kindererziehungszeiten angerechnet worden sind, einen monatlichen Zuschlag in Höhe von zwei Entgeltpunkten. Für jedes weitere Kind, für das der Witwe oder dem Witwer die Kindererziehungszeiten in vollem Umfang angerechnet worden sind, beträgt der Zuschlag einen Entgeltpunkt. Ein Entgeltpunkt entspricht der Rente für ein Jahr Erwerbstätigkeit mit versichertem Durchschnittsverdienst (Stand bis Juni 2007: 26,13 Euro in den alten Bundesländern und 22,97 Euro in den neuen Bundesländern).

### **Beispiel für eine Witwenrente mit Kinderkomponente**

Der Ehemann hat in (den bis Juni 2007 geltenden) Werten für die alten Bundesländer eine Rente in Höhe von 1.175,85 Euro (Standardrente). Das Ehepaar hat drei Kinder, die Ende 1990, Ende 1991 und Ende 1995 geboren wurden.

Im Falle des Todes des Ehemannes wird die Witwe nach neuem Hinterbliebenenrentenrecht 55% der Rente des Ehemannes (= 646,72 Euro zuzüglich eines Zuschlages von 4 Entgeltpunkten für 3 Kinder in Höhe von 104,52 Euro erhalten. Das wären insgesamt 751,24 Euro Witwenrente. Nach dem bisherigen Hinterbliebenenrecht würde die Witwe dagegen nur 60% der Rente des Ehemannes (= 705,41 Euro) erhalten.

Die am vorstehenden Beispiel deutlich werdende Umschichtung von Witwen bzw. Witwern, die keine Kinder erzoogen haben, zu Gunsten von Witwen bzw. Witwern, die Kinder erzoogen haben, rechtfertigt sich daraus, dass kindererziehende Personen regelmäßig wesentlich größere erziehungsbedingte Lücken in der Erwerbsbiografie aufweisen als diejenigen Personen, die Kinder nicht erzoogen haben.

183 Je nach Höhe der Rente des verstorbenen Versicherten und der Anzahl der erzoogenen Kinder kann sich sogar eine Witwen- oder Witwerrente in Höhe

von 100% der Rente des verstorbenen Versicherten ergeben. Die Zahlung einer höheren Rente als die, die der Versicherte vor seinem Tod bezogen hat bzw. zum Zeitpunkt seines Todes als Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen hätte, ist allerdings ausgeschlossen. Der Zahlbetrag ist auf die jeweilige Höhe der Rente des verstorbenen Versicherten begrenzt.

*184* Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz wurde auch eine bereits seit längerer Zeit geforderte Regelung zum Ausschluss so genannter „Versorgungsehen“ geschaffen. Nach dieser Regelung ist der Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente ausgeschlossen, wenn die Ehe nicht mindestens ein Jahr gedauert hat. Verstirbt ein Versicherter bereits im ersten Ehejahr, kann eine Leistung nur dann gewährt werden, wenn nach den besonderen Umständen des Einzelfalls die Annahme nicht gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, einen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung zu begründen.

*185* Schließlich wurde mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz die Bezugsdauer der kleinen Witwen- bzw. Witwerrente (in Höhe von 25% der Rente des verstorbenen Versicherten) für nicht erwerbsgeminderte Witwen bzw. Witwer, die keine Kinder erziehen und jünger als 45 Jahren sind, auf eine Übergangszeit von 2 Jahren befristet.

### **Rentensplitting unter Ehegatten**

*186* Zum Ausbau der eigenständigen Alterssicherung der Frauen ist mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz den Ehegatten die Möglichkeit eingeräumt worden, ihre in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche partnerschaftlich aufzuteilen. Anstelle der Anwendung der Regelungen über eine aus der Versicherung des Verstorbenen abgeleitete Hinterbliebenenversorgung können sich die Ehegatten jetzt auch für ein Rentensplitting betreffend der gemeinsam in der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche entscheiden. Das Rentensplitting ist zwar dem bei Ehescheidungen durchzuführenden Versorgungsausgleich nachgebildet, im Unterschied zum Versorgungsausgleich ist das Rentensplitting jedoch auf Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung beschränkt.

*187* Das Angebot einer partnerschaftlichen Teilung der Rentenansprüche soll dem veränderten Partnerschaftsverständnis von Männern und Frauen

Rechnung tragen, die die von beiden Ehepartnern in der Ehezeit erworbenen Anwartschaften als gemeinschaftliche Lebensleistung betrachten und deshalb erreichen wollen, dass die Summe der Rentenansprüche aus dieser Zeit beiden Partnern je zur Hälfte zufließt. Dabei stellt diese neue Möglichkeit der partnerschaftlichen Teilung von Rentenansprüchen nicht auf eine bestimmte Arbeitsteilung in der Ehe ab, sondern trägt der Vielfalt der Lebensentwürfe in der Ehe durch eine individuelle Wahlmöglichkeit Rechnung.

*188* Die Wirkung einer partnerschaftlichen Teilung der Rentenansprüche durch ein Rentensplitting tritt regelmäßig bereits zu Lebzeiten beider Ehegatten (nämlich bei der Gewährung einer Vollrente wegen Alters auch für den zweiten Ehegatten) ein. Im Unterschied zum Hinterbliebenenrentenrecht ist es das Ergebnis des Rentensplittings, dass die gemeinsamen Anwartschaften aus der Ehezeit partnerschaftlich auf die Ehegatten aufgeteilt werden. Männer und Frauen werden völlig gleich behandelt. Sie erhalten aus der Ehezeit gleich hohe Rentenansprüche und daran ändert sich auch im Todesfall eines Ehepartners für den überlebenden Ehepartner nichts. Der Vorteil einer eigenen zusätzlichen Rente aus der zugesplitteten Rentenansprüche gegenüber einer Witwen- bzw. Witwerrente besteht somit vor allem darin, dass auch nach dem Tod des anderen Ehegatten auf diesen Rentenanspruch eigenes Einkommen nicht angerechnet wird und der Rentenanspruch auch im Falle der Wiederheirat nicht entfällt.

*189* Verstirbt der Ehegatte, zu dessen Gunsten sich das Rentensplitting ausgewirkt hat, bevor diesem zwei Jahresbeträge einer Vollrente wegen Alters aus dem durch Rentensplitting erworbenen Anrecht gezahlt worden sind, steht dem überlebenden Ehegatten im Ergebnis die Rückgängigmachung des Rentensplittings zu. Er kann in diesem Fall gegenüber seinem Rentenversicherungsträger den Anspruch geltend machen, dass die sich für ihn aus dem Rentensplitting ergebende Kürzung seiner Rente zurückgenommen wird.

*190* Jedes Ehepaar hat die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie die Altersversorgung beider Partner künftig gestaltet wird und kann auf diese Weise die individuellen Lebensverhältnisse und Planungen berücksichtigen. Daher kann ein Rentensplitting auch nur aufgrund einer übereinstimmenden Erklärung beider Ehegatten durchgeführt werden. Die über-

einstimmende Erklärung auf Geltendmachung des Anspruchs auf das Rentensplitting kann erst zu dem Zeitpunkt gegenüber den zuständigen Rentenversicherungsträgern abgegeben werden, zu dem erstmalig beide Ehegatten Anspruch auf Leistung einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben oder erstmalig ein Ehegatte Anspruch auf Leistung einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der andere Ehegatte das 65. Lebensjahr vollendet hat. Zudem ist ein Anspruch auf Durchführung des Rentensplittings nur dann gegeben, wenn bei beiden Ehegatten jeweils 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten vorhanden sind.

*191* In dem Fall, dass ein Ehegatte vor Vollendung des 65. Lebensjahres oder vor dem Beginn einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung verstirbt, kann der überlebende Ehegatte den Anspruch auf das Rentensplitting alleine geltend machen. Voraussetzung ist allerdings auch hier, dass beim überlebenden Ehegatten 25 Jahre an rentenrechtlichen Zeiten vorhanden sind.

*192* Den Anspruch auf Geltendmachung eines Rentensplittings hat der Gesetzgeber jedoch nur den Ehepaaren eingeräumt, die bei typischer Betrachtung ihre weitere Lebensplanung noch auf dieses Gestaltungsrecht hin ausrichten können. Daher können sich nur die Ehepaare für ein Rentensplitting entscheiden, die die Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen haben, sowie die Ehepaare, deren Ehe bereits am 31. Dezember 2001 bestand, wenn beide Ehegatten am 1. Januar 2002 das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, also beide Ehegatten nach dem 1. Januar 1962 geboren sind.

### **Lange Übergangsfristen für die Anwendung des neuen Hinterbliebenenrentenrechts**

*193* Damit sich die Eheleute bei ihrer Lebensplanung auf die neuen Regelungen einstellen können, hat sich der Gesetzgeber auch generell für eine lange Übergangszeit bei der Anwendung der neuen hinterbliebenenrechtlichen Regelungen entschieden. Eine kurzfristige Änderung der Lebensplanung wäre vor allem im Hinblick auf die derzeitige Arbeitsmarktsituation – insbesondere für Frauen – auch nur schwer zu realisieren.

*194* Für diejenigen, die bereits am 31. Dezember 2001 eine Witwen- oder Witwerrente bezogen haben, gilt uneingeschränkt das bisherige – am 31. Dezember 2001 geltende – Hinterbliebenenrentenrecht weiter.

Für sie bleibt es bei der Witwen- bzw. Witwerrente in Höhe von 60% der Rente des verstorbenen Versicherten. Aus dem weiter anwendbaren – am 31. Dezember 2001 geltenden – Hinterbliebenenrentenrecht folgt zugleich aber auch, dass sich die im Dezember 2001 gezahlten Witwen- bzw. Witwerrenten nicht aufgrund der nach neuem Recht vorgesehenen Kinderkomponente erhöhen.

*195* Der Gesetzgeber hat ebenfalls Rücksicht darauf genommen, dass auch die Ehepaare, die bei In-Kraft-Treten des neuen Hinterbliebenenrentenrechts am 1. Januar 2002 bereits verheiratet und zu diesem Zeitpunkt schon älter waren, ihre Lebensplanung in vielen Fällen nur noch schwer auf die neuen Regelungen hätten einstellen können. Das am 31. Dezember 2001 geltende Hinterbliebenenrentenrecht findet daher auch dann weiterhin uneingeschränkt Anwendung, wenn die Ehe bereits am 31. Dezember 2001 bestanden hat und einer der beiden Ehegatten zu diesem Zeitpunkt das 40. Lebensjahr bereits vollendet hat, also vor dem 1. Januar 1962 geboren ist. Auch für diese Ehepaare folgt aus der weiteren Anwendung des bisherigen Hinterbliebenenrentenrechts, dass sie an den Besserstellungen, die sich aus der Anwendung des neuen Rechts, z. B. aus der Kinderkomponente oder dem Rentensplitting, im Einzelfall ergeben könnten, nicht partizipieren.

*196* Die Regelung zum Ausschluss der Witwen- bzw. Witwerrentenberechtigung bei offensichtlichem Eingehen einer so genannten Versorgungsheirat findet nur auf Ehegatten Anwendung, die die Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen haben. Für alle vor dem 1. Januar 2002 bereits geschlossenen Ehen bleibt es dabei, dass der Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente unabhängig von der Dauer der Ehe besteht.

### **Erstreckung des Rechts der Hinterbliebenenversorgung auf eingetragene Lebenspartnerschaften**

*196a* Mit dem Gesetz zur Überarbeitung des Lebenspartnerschaftsrechts vom 15. Dezember 2004 sind die Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft rentenrechtlich Ehegatten bzw. Witwen und Witwern gleichgestellt worden. Dies bedeutet, dass sie Ansprüche auf Witwen- und Witwerrenten unter den gleichen Voraussetzungen und in gleicher Höhe erwerben wie ein hinterbliebener Ehegatte. Anstelle der Anwendung des Rechts der Hinterbliebenenversorgung können sich Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft wie Ehegatten auch für das Ren-

tenssplitting entscheiden. Die rentenrechtliche Gleichstellung erfolgte rückwirkend zum 1. August 2001, dem Tag der Einführung des Rechts der eingetragenen Lebenspartnerschaften, so dass das Recht der Renten wegen Todes für alle auch vor dem Verkündungstag dieses Gesetzes geschlossenen eingetragenen Lebenspartnerschaften Anwendung findet. In den Fällen, in denen ein Lebenspartner bereits vor dem Jahr 2004 verstorben sein sollte, werden Rentenzahlungen jedoch erst ab dem 1. Januar 2005 erbracht. Das jeweils anzuwendende Hinterbliebenenrentenrecht (also z. B. Renten ermittelt mit dem Versorgungssatz 55 v. H. oder dem Versorgungssatz 60 v. H.) ist wie bei Ehegatten vom Zeitpunkt der Eintragung und vom Alter der Lebenspartner abhängig.

### Wartezeit

*197* Voraussetzung für die Rentengewährung ist die Erfüllung einer Mindestversicherungszeit (Wartezeit). Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Kalenderjahre; sie ist Voraussetzung für die Regelaltersrente ab Vollendung des 65. Lebensjahres, für die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und für alle Renten wegen Todes. Die Erfüllung der allgemeinen Wartezeit wird unterstellt, wenn der Versicherte vor Bezug der Regelaltersrente eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Erziehungsrente bezogen hat oder – für den Anspruch auf Hinterbliebenenrente – bis zu seinem Tode eine Rente bezogen hat.

*198* Die allgemeine Wartezeit ist vorzeitig erfüllt, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls, einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung oder wegen eines Gewahrsams nach § 1 des Häftlingshilfegesetzes vermindert erwerbsfähig oder gestorben ist und im Zeitpunkt des Arbeitsunfalls entweder versicherungspflichtig war oder in den letzten zwei Jahren davor mindestens ein Jahr mit Pflichtbeiträgen zurückgelegt hat.

*199* Seit 1992 ist die allgemeine Wartezeit generell auch dann vorzeitig erfüllt, wenn der Versicherte vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung vermindert erwerbsfähig wird oder stirbt und in den letzten zwei Jahren vorher mindestens ein Jahr mit Pflichtbeiträgen zurückgelegt hat. Der Zeitraum von zwei Jahren vor Eintritt der verminderten Erwerbsfähigkeit oder des Todes verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren.

*200* Auf die allgemeine Wartezeit werden nur Beitragszeiten und Ersatzzeiten angerechnet; entspre-

chendes gilt für die 15jährige Wartezeit als Voraussetzung für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeitarbeit bzw. die Altersrente für Frauen. Auf die 35jährige Wartezeit als Voraussetzung für die Altersrente für langjährig Versicherte bzw. für schwerbehinderte Menschen werden hingegen alle Kalendermonate mit rentenrechtlichen Zeiten, also auch beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten, angerechnet.

## Rentenrechtliche Zeiten

*201* Das Gesetz unterscheidet bei den rentenrechtlichen Zeiten zwischen Beitragszeiten, beitragsfreien Zeiten und Berücksichtigungszeiten.

### Beitragszeiten

*202* Beitragszeiten sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge insbesondere aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit (Pflichtbeitragszeiten) oder freiwillige Beiträge gezahlt worden sind. Zu den Beitragszeiten gehören auch die Beitragszeiten nach dem Fremdrentengesetz einschließlich der Beschäftigungszeiten. Pflichtbeitragszeiten sind ebenfalls die Kindererziehungszeiten, also Zeiten der Erziehung eines Kindes in dessen ersten drei Lebensjahren – für Geburten vor 1992 in dessen erstem Lebensjahr –, wenn die Kindererziehungszeit dem einzelnen Versicherten angerechnet wurde.

*203* Schließlich sind auch Zeiten ab dem 1. April 1995, in denen ein Pflegebedürftiger im Sinne von § 14 des (SGB XI) wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wird, Pflichtbeitragszeiten.

*204* Beitragszeiten werden unterteilt in Zeiten mit vollwertigen Beiträgen und beitragsgeminderte Zeiten. Beitragsgeminderte Zeiten sind Kalendermonate, die sowohl mit Beitragszeiten als auch beitragsfreien Zeiten belegt sind. Beitragszeiten, bei denen ein solches Zusammentreffen nicht vorliegt, sind Zeiten mit vollwertigen Beiträgen.

### Beitragsfreie Zeiten

*205* Die rentenrechtliche Anerkennung beitragsfreier Zeiten (Anrechnungszeiten, die Zurechnungszeit sowie Ersatzzeiten) soll einen Ausgleich dafür schaffen, dass der Versicherte keine Beschäftigung gegen Entgelt ausüben konnte. Bewertet werden beitragsfreie Zeiten grundsätzlich entsprechend



dem Durchschnittswert der erbrachten Gesamtbeitragsleistung (Gesamtleistungsbewertung). Einige beitragsfreie Zeiten, wie z. B. Zeiten der Krankheit oder Arbeitslosigkeit nach dem vollendeten 17. und vor dem vollendeten 25. Lebensjahr, ohne dass zuvor eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen worden war (Rdnr. 207), werden zwar als beitragsfreie Zeiten angerechnet, ihnen wird jedoch nicht nach der Methodik der Gesamtleistungsbewertung ein bestimmter, unmittelbar rentensteigernder Wert zugeordnet (beitragsfreie Zeiten ohne Bewertung).

### Anrechnungszeiten

206 Zu den Anrechnungszeiten zählen insbesondere Zeiten, in denen der Versicherte

- wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen ist oder Leistungen zur Rehabilitation erhalten hat,
- wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft während der Schutzfrist nach dem Mutterschutzgesetz eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht ausgeübt hat oder
- bei einer deutschen Agentur für Arbeit wegen Arbeitslosigkeit als Arbeitsuchender oder als Ausbildungssuchender gemeldet war, für ihn in dieser Zeit Versicherungspflicht wegen des Bezugs von Sozialleistungen nicht bestanden hat und die Bundesagentur für Arbeit für ihn auch keine Beiträge an eine sonstige Versicherung oder Versorgungseinrichtung gezahlt hat,

soweit durch die Anrechnungszeit eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit oder ein versicherter Wehrdienst oder Zivildienst unterbrochen worden ist.

207 Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz ist die rentenrechtliche Absicherung jüngerer Versicherte mit lückenhaften Erwerbsverläufen erheblich verbessert worden. Wie bei Zeiten der schulischen Ausbildung, die in aller Regel vor Eintritt in das Erwerbsleben liegen, werden seit dem 1. Januar 2002 auch vor Aufnahme der ersten Beschäftigung liegende Zeiten der Krankheit und Ausbildungsplatzsuche angerechnet, wenn solche Zeiten nach dem vollendeten 17. und vor dem vollendeten 25. Lebensjahr zurückgelegt worden sind. Für die Anrechnung dieser Zeiten als rentenrechtliche Zeit ist nicht – wie bei Zeiten der Krankheit und Ausbildungsplatzsuche nach dem vollendeten 25. Lebensjahr – Voraussetzung,

dass durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit unterbrochen worden sein muss. Für diese Zeiten wird zwar ein eigenständiger rentensteigernder Wert nicht ermittelt. Durch ihre Anrechnung als beitragsfreie Anrechnungszeit können sich jedoch insbesondere im Falle von Frühinvalidität bzw. frühem Tod für den Versicherten selbst bzw. für seine Hinterbliebenen erhebliche Verbesserungen in der Rentenhöhe ergeben.

208 Nach einer Übergangsregelung sind auch die in der Zeit vom 1. Januar 1982 bis zum 31. Dezember 1997 zurückgelegten Zeiten der Arbeitslosigkeit oder Krankheit, in denen die Bundesagentur für Arbeit (damals als Bundesanstalt für Arbeit bezeichnet) oder ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung wegen des Bezugs von Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Krankengeld) Pflichtbeiträge oder sonstige Beiträge für diese Zeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt hat, Anrechnungszeiten. Hierbei handelt es sich damit um so genannte beitragsgeminderte Zeiten.

209 Anrechnungszeiten sind außerdem nach dem vollendeten 17. Lebensjahr liegende Zeiten des Besuchs einer Schule einschließlich der Teilnahme an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit und Zeiten einer abgeschlossenen Fachschul- oder Hochschulausbildung. Wird während der Zeit einer schulischen Ausbildung zugleich auch eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt, wird die schulische Ausbildungszeit jedoch nur dann als Anrechnungszeit angerechnet, wenn der Zeitaufwand für die schulische Ausbildung im Vergleich zum Zeitaufwand für die versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit überwiegt.

210 Die Anrechenbarkeit und Bewertung dieser so genannten Ausbildungs-Anrechnungszeiten ist durch den Gesetzgeber in den vergangenen Jahren immer wieder geändert worden. Konnten bei Rentenbezug vor 1992 diese Zeiten im Extremfall bis zu insgesamt 13 Jahre (vier Jahre Schulbesuch, vier Jahre Fachschulausbildung, fünf Jahre Hochschulausbildung) an nach dem 16. Lebensjahr zurückgelegten Ausbildungszeiten angerechnet und rentensteigernd bewertet werden, war nach den Regelungen des Rentenreformgesetzes 1992 zunächst nur noch eine Anrechnung und Bewertung von insgesamt sieben Jahren an nach dem 16. Lebensjahr zurückgelegten Ausbildungszeiten vorgesehen.



211 Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz aus dem Jahr 1996 wurde die Anrechnung rentensteigernder schulischer Ausbildungszeiten weiter eingeschränkt. Zum einen wurde die höchst zulässige Anzahl beitragsfrei anrechenbarer schulischer Ausbildungszeiten noch einmal reduziert, und zwar um weitere vier Jahre. Damit waren danach nur noch drei Jahre an nach dem Prinzip der Gesamtleistungsbewertung zu bewertende und damit unmittelbar rentensteigernd wirkende Ausbildungs-Anrechnungszeiten anzurechnen. Zum anderen wurde mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz die Anrechnung von schulischen Ausbildungszeiten aber auch dahingehend eingeschränkt, dass nur noch nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegte Ausbildungszeiten angerechnet werden.

212 Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz wurde für ab dem Jahr 2002 zugehende Renten die Anzahl der anzurechnenden schulischen Ausbildungszeiten nach dem vollendeten 17. Lebensjahr wieder auf nun maximal 8 Jahre erhöht. Allerdings ist es dabei verblieben, dass höchstens nur drei Jahre der schulischen Ausbildung nach dem Prinzip der Gesamtleistungsbewertung bewertet werden und damit unmittelbar rentensteigernd wirken. Wenn auch die über drei Jahre hinaus anzurechnenden Zeiten schulischer Ausbildung nicht unmittelbar rentensteigernd wirken, können sie jedoch den Gesamtleistungswert für sonstige beitragsfreie Zeiten, insbesondere die Zurechnungszeit (Rdnr. 219 und 220) positiv beeinflussen. Daher können sich im Falle von Frühinvalidität bzw. frühem Tod für den Versicherten selbst bzw. seine Hinterbliebenen erhebliche Verbesserungen in der Rentenhöhe ergeben.

213 Für Versicherte, die nur noch 3 Jahre an nach dem Prinzip der Gesamtleistungsbewertung zu bewertende Zeiten einer schulischen Ausbildung als beitragsfreie Anrechnungszeit angerechnet erhalten und Zeiten einer Hochschulausbildung zurückgelegt haben, werden Hochschulausbildungszeiten auch dann angerechnet, wenn die Hochschulausbildung nicht erfolgreich abgeschlossen worden ist. Für diese Versicherten hat der Gesetzgeber auf das bisher vorgesehene Erfordernis des erfolgreichen Ausbildungsabschlusses verzichtet. Versicherte, für die in der Übergangszeit bei Rentenbeginn bis Ende des Jahres 2000 noch mehr als 3 Jahre an Ausbildungszeiten beitragsfrei angerechnet werden konnten (Rdnr. 214), hatten jedoch für die Anrechenbarkeit ihrer Hochschulausbildungszeiten weiterhin den

erfolgreichen Abschluss dieser Ausbildung nachzuweisen.

214 Eine abgestufte Übergangsregelung sah vor, dass bei Rentenbeginn im Januar 1997 Ausbildungs-Anrechnungszeiten nach dem 17. Lebensjahr, die bereits vor dem 1. Januar 1992 zurückgelegt worden sind, noch bis zu 11 Jahren (= 132 Monaten) und Ausbildungs-Anrechnungszeiten nach dem 17. Lebensjahr, die ab dem 1. Januar 1992 zurückgelegt worden sind, noch bis zu 7 Jahren (= 84 Monaten) angerechnet wurden. Für jeden Monat, den die Rente nach Januar 1997 begonnen hat, wurden die über 3 Jahre hinausgehenden Monate an Ausbildungszeiten um 1/48 gemindert, so dass die volle Begrenzung auf 3 Jahre an zu bewertenden Ausbildungs-Anrechnungszeiten erst bei einem Rentenbeginn ab Januar 2001 wirksam geworden ist.

215 Mit dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung hat der Gesetzgeber die rentenrechtliche Bewertung von Zeiten schulischer Ausbildung noch einmal eingeschränkt. Bei einem Rentenbeginn ab Januar 2005 hängt die Höhe der Bewertung von Zeiten schulischer Ausbildung davon ab, ob es sich bei den anzurechnenden schulischen Ausbildungszeiten um eine schulische Ausbildung mit beruflichem Bezug, also um eine Fachschulausbildung oder eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, oder eine allgemeine Schulausbildung sowie Fachhochschul- oder Hochschulausbildung handelt. Bei den schulischen Ausbildungszeiten mit beruflichem Bezug ist es dabei geblieben, dass bis zu 3 Jahren (= 36 Monate) dieser Ausbildungszeiten wie bisher nach den Regelungen der Gesamtleistungsbewertung rentensteigernd zu bewerten sind. Allerdings werden Monate an zu bewertenden schulischen Ausbildungszeiten mit beruflichem Bezug nur insoweit berücksichtigt, als diese zusammen mit den als beitragsgeminderte Zeiten ebenfalls höher zu bewertenden Zeiten einer Beschäftigung zur Berufsausbildung die Anzahl von 36 Monaten nicht übersteigen. Anzurechnende Zeiten einer allgemeinen Schulausbildung sowie einer Fachhochschul- oder Hochschulausbildung werden dagegen bei einem Rentenbeginn ab Januar 2009 nicht mehr rentensteigernd bewertet. In der Übergangszeit zwischen Januar 2005 und Dezember 2008 wird der sich nach den bis Ende 2004 geltenden Regelungen ergebende rentensteigernde Wert für jeden Monat, den die Rente nach Januar 2005 beginnt, um 1/48 verringert, sodass bei einem Rentenbeginn ab Januar

2009 eine rentensteigernde Bewertung von Zeiten einer allgemeinen Schulausbildung sowie einer Fachhochschul- oder Hochschulausbildung entfällt. Sind bei den in der Übergangszeit zugehenden Renten sowohl Zeiten einer allgemeinen Schulausbildung sowie einer Fachhochschul- oder Hochschulausbildung und Zeiten einer Fachschulausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme anzurechnen, werden insgesamt jedoch nicht mehr als 3 Jahre (= 36 Monate) an Ausbildungs-Anrechnungszeiten rentensteigernd bewertet.

216 Bereits mit dem Rentenreformgesetz 1992 wurde im Hinblick auf die schon in diesem Gesetz vorgesehene Reduzierung der beitragsfrei anrechenbaren Ausbildungszeiten die Möglichkeit geschaffen, bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres für nicht berücksichtigte Ausbildungszeiten freiwillige Beiträge nachzuzahlen.

217 Anrechnungszeiten sind schließlich auch Zeiten des Bezugs einer Rente, soweit diese Zeiten auch als Zurechnungszeit in der Rente berücksichtigt waren (z. B. bei einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit), und die Zurechnungszeit vor Rentenbeginn, z. B. bei Zeitrenten.

218 Die pauschale Anrechnungszeit beruht auf der Überlegung, dass die Anrechnung von Anrechnungszeiten – nach dem vor 1992 geltenden Recht noch Ausfallzeiten genannt – überwiegend erst im Zuge der Rentenreform 1957 eingeführt worden ist und deshalb für Zeiten davor in vielen Fällen ein Einzelnachweis nicht mehr möglich ist. Maßgebend für die Ermittlung der pauschalen Anrechnungszeit ist die Gesamtzeit vom 17. Lebensjahr bzw., wenn dieser früher liegt, vom Kalendermonat des ersten Pflichtbeitrags bis zum Kalendermonat des letzten Pflichtbeitrags vor 1957. Die Gesamtzeit abzüglich der auf sie entfallenden Beitrags- und Ersatzzeiten ergibt die Gesamtlücke. Die pauschale Anrechnungszeit ergibt sich, wenn die Gesamtlücke, höchstens jedoch ein Viertel der auf die Gesamtzeit entfallenden Beitrags- und Ersatzzeiten, mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der auf die Gesamtzeit entfallenden mit Beitrags- und Ersatzzeiten belegten Kalendermonate zu der Gesamtzeit steht. Das Ergebnis ist für die Ermittlung der pauschalen Anrechnungszeit auf volle Monate aufzurunden.

### Zurechnungszeit

219 Die Zurechnungszeit ist die Zeit zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles bzw. dem Rentenbe-

ginn und der Vollendung des 60. Lebensjahres durch den Versicherten. Sie wird bei einer Rente wegen Erwerbsminderung, einer Hinterbliebenenrente oder einer Erziehungsrente hinzugerechnet. Sie gewährleistet, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles vor Vollendung des 60. Lebensjahres der Versicherte bzw. der Rentenberechtigte so gestellt wird, als hätte er während der Zurechnungszeit entsprechend der bisherigen durchschnittlichen Beitragszahlung Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt. Die Zurechnungszeit wurde nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres voll und anschließend bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres zu einem Drittel angerechnet. Mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist die Höhe der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit an die der vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrente für schwerbehinderte Menschen angeglichen worden, weil der Gesetzgeber vor allem bei älteren Versicherten Umgehungstendenzen befürchtete, wenn Renten wegen Erwerbsminderung vor Vollendung des 63. Lebensjahres hätten weiterhin ohne Abschlag bezogen werden können. Versicherte, deren Rente wegen Erwerbsminderung nach dem 31. Dezember 2000 beginnt, haben daher für jeden Kalendermonat des Beginns einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung vor Vollendung des 63. Lebensjahres einen Abschlag von 0,3%, höchstens von 10,8%, ihrer Rente hinzunehmen. Um zu verhindern, dass jüngere, insbesondere vorzeitig voll erwerbsgeminderte Versicherte unangemessen hart von der Abschlagswirkung getroffen werden, hat sich der Gesetzgeber dafür entschieden, parallel zu dieser Maßnahme die Zeit zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr, die bisher nur zu einem Drittel als Zurechnungszeit zu berücksichtigen war, künftig in vollem Umfang zu berücksichtigen. Hierdurch wird bewirkt, dass bei den jüngeren, insbesondere unter 55-jährigen Versicherten, die Abschlagswirkung abgefedert wird. Sie liegt dann nur bei rd. 3%.

220 Da die Abschläge bei den Renten wegen Erwerbsminderung ebenso wie beim vorzeitigen Bezug einer Altersrente für schwerbehinderte Menschen in der Zeit von Januar 2001 bis Dezember 2003 stufenweise – nämlich in Monatsschritten – eingeführt worden sind, ist auch die Verlängerung der Zurechnungszeit parallel zur stufenweisen Einführung der Abschläge ebenfalls stufenweise in Monatsschritten erfolgt. Bei einem Beginn der Rente wegen Erwerbsminderung

im Januar 2001 hat sich die Zurechnungszeit zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr um 1 Monat und bei Beginn der Rente wegen Erwerbsminderung im Februar 2001 um 2 Monate erhöht. Für jeden späteren Monat, in dem die Erwerbsminderungsrente begonnen hat, verlängerte sich die Zurechnungszeit entsprechend, bis bei einem Rentenbeginn ab Dezember 2003 die maximale Verlängerung der Zurechnungszeit um 40 Monate erreicht worden ist.

### Ersatzzeiten

221 Ersatzzeiten sind Zeiträume, in denen der Versicherte infolge des Krieges oder aus kriegsbedingten Gründen an der Entrichtung von Beiträgen gehindert war. Hierzu gehören folgende Zeiten, wenn keine Versicherungspflicht bestanden hat und der Versicherte das 14. Lebensjahr vollendet hat:

- der militärische oder militärähnliche Dienst, der aufgrund gesetzlicher Dienst- oder Wehrpflicht oder während eines Krieges geleistet worden ist,
- Zeiten des Minenräumdienstes nach dem 8. Mai 1945,
- Zeiten der Internierung oder Verschleppung, wenn der Versicherte Heimkehrer ist,
- Zeiten, in denen der Versicherte während eines Krieges, ohne Kriegsteilnehmer zu sein, durch feindliche Maßnahmen an der Rückkehr aus dem Ausland oder aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten gehindert gewesen oder dort festgehalten worden ist,
- Zeiten der Freiheitsentziehung, wenn der Versicherte Verfolgter des Nationalsozialismus ist,
- Zeiten des Gewahrsams bei politischen Häftlingen aus der ehemaligen DDR sowie
- Zeiten der Vertreibung oder Flucht, mindestens aber bei Vertriebenen die Zeit vom 1. Januar 1945 bis 31. Dezember 1946.

Bei all diesen Zeiten – mit Ausnahme verhinderter Rückkehr aus dem Ausland oder den ehemaligen deutschen Ostgebieten – werden auch die Zeiten einer anschließenden Krankheit oder einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit als Ersatzzeiten berücksichtigt.

222 Der Erwerb von Ersatzzeiten ist heute kaum noch denkbar. Deshalb ist durch das Rentenreformgesetz 1992 die Möglichkeit des Erwerbs von Ersatzzeiten bis Ende 1991 beschränkt worden.

### Beitragsgeminderte Zeiten

223 Zeiten, in denen Pflichtbeiträge wegen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gezahlt worden sind und in denen zugleich auch beitragsfreie Zeiten – z. B. wegen des Besuchs einer Fachschule – zur Anrechnung kommen, sind beitragsgeminderte Zeiten. Aufgrund gesetzlicher Fiktion gelten die ersten 36 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für Zeiten einer versicherten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres als Zeiten einer beruflichen Ausbildung. Somit kommen für vor dem 25. Lebensjahr zurückgelegte Pflichtbeitragszeiten stets die Regelungen zu den beitragsgeminderten Zeiten zur Anwendung, und zwar unabhängig davon, ob es sich bei diesen Zeiten tatsächlich um Zeiten einer beruflichen Ausbildung handelt. Nach der für beitragsgeminderte Zeiten vorgesehenen Rentenberechnungsregelung (Rdnr. 270 bis 272) ist für diese Zeiten eine Vergleichsberechnung durchzuführen. Dies bedeutet, dass zunächst die Entgeltpunkte für die Beitragszeiten (mit den ggf. geringen Verdiensten) zu ermitteln sind. Anschließend werden für diese Zeiten Entgeltpunkte nach den Grundsätzen der Gesamtleistungsbewertung bestimmt (durchschnittlicher Gesamtwert aller für vollwertige Beitragszeiten erreichten Entgeltpunkte). Die gesetzlich fingierten sowie die tatsächlich zurückgelegten Berufsausbildungszeiten werden mit 75% dieses durchschnittlichen Gesamtwerts, höchstens jedoch mit 0,0625 Entgeltpunkten für jeden Monat bewertet, wenn dieser Wert den für die Beitragszeiten ermittelten Entgeltpunktwert übersteigt.

224 Die mit dem Rentenreformgesetz 1992 eingeführte gesetzliche Fiktion, wonach die ersten 36 Monate an Pflichtbeitragszeiten vor dem 25. Lebensjahr stets beitragsgeminderte Zeiten sind, ist mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung für die ab dem 1. Januar 2009 zugehenden Renten aufgehoben worden. Für die in der Zeit zwischen dem 1. Januar 2005 und dem 31. Dezember 2008 zugehenden Renten werden zwar weiterhin die ersten 36 Monate an Pflichtbeitragszeiten vor dem 25. Lebensjahr als beitragsgeminderte Zeiten behandelt, jedoch wird der maximale Gesamtleistungswert sowie der Höchstwert für den Zuschlag an Entgeltpunkten für jeden Monat, den die Rente nach Januar 2005 beginnt, um 1/48 reduziert, so dass bei einem Rentenbeginn im Dezember 2008 nicht mehr 75%, sondern nur noch 1,56% des Gesamtleistungswerts

Berücksichtigung finden und der Höchstwert für den Zuschlag an Entgeltpunkten für jeden Monat nicht mehr 0,0625, sondern nur noch 0,0013 beträgt. Für die ab Januar 2009 zugehenden Renten gibt es dann keine Zuschläge an Entgeltpunkten mehr für die ersten 36 Monate an Pflichtbeitragszeiten vor dem 25. Lebensjahr.

### **Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung und wegen häuslicher Pflege**

225 Das Rentenreformgesetz 1992 hat als dritte eigenständige Kategorie von rentenrechtlichen Zeiten die Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung oder wegen Pflege eingeführt. Als Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung zählt die Zeit vom Geburtsmonat bis zum Monat der Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes.

226 Als Berücksichtigungszeit wegen Pflege wurde auf Antrag die in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 erbrachte Zeit der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege eines erheblich Pflegebedürftigen angerechnet. Zeiten der Pflege ab dem 1. April 1995 sind mit Einführung der Pflegeversicherung bei Vorliegen aller Voraussetzungen Pflichtbeitragszeiten.

227 Berücksichtigungszeiten wirken sich nur innerhalb bestimmter Regelungen aus: Sie bewirken die Aufrechterhaltung einer Anwartschaft auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dadurch, dass der Fünfjahreszeitraum vor dem Versicherungsfall, in dem mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge vorliegen müssen, um die Berücksichtigungszeit verlängert wird. Bei der Gesamtleistungsbewertung für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten werden Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bei der Ermittlung des Gesamtleistungswertes so behandelt, als ob in diesen Zeiten für 100% des Durchschnittsentgelts Beiträge gezahlt worden wären. Dadurch wird verhindert, dass diese Zeiten als versicherungsrechtliche Lücken den Gesamtleistungswert mindern, und außerdem wird erreicht, dass diese Zeiten sich auf die Gesamtleistungsbewertung erhöhend auswirken, soweit in dieser Zeit keine Beiträge oder Beiträge für ein geringeres Entgelt als das jeweilige Durchschnittsentgelt gezahlt worden sind. Außerdem werden die Berücksichtigungszeiten auf die Wartezeit von 35 Jahren angerechnet, deren Erfüllung Voraussetzung für eine vorzeitige Altersrente an schwerbehinderte Menschen ab vollendetem 60.

Lebensjahr sowie für eine Altersrente für sonstige langjährig Versicherte ab vollendetem 63. Lebensjahr und für die so genannte „Rente nach Mindesteinkommen“ ist.

228 Die Voraussetzungen für die Anrechnung von Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung und wegen häuslicher Pflege entsprechen den Voraussetzungen für die Anrechnung von Kindererziehungszeiten bzw. den Voraussetzungen, unter denen ehrenamtliche Pflegepersonen in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 Pflichtbeiträge zahlen konnten.

## **Rentenberechnung**

229 Die Höhe einer Rente richtet sich vor allem nach der Höhe der während des Versicherungslebens durch Beiträge versicherten Arbeitsentgelte und Arbeits-einkommen (Grundsatz der Lohn- und Beitragsbezogenheit der Rente). Für die Berechnung der Rente sind nach der durch das Rentenreformgesetz 1992 umgestellten Rentenformel folgende vier Faktoren maßgebend:

- die Entgeltpunkte,
- die für die jeweiligen Entgeltpunkte maßgebenden Zugangsfaktoren,
- der Rentenartfaktor und
- der aktuelle Rentenwert.

Die Rentenformel nach dem Rentenreformgesetz 1992 lässt sich wie folgt darstellen:

**persönliche Entgeltpunkte x Rentenartfaktor x aktueller Rentenwert = Monatsrente.**

230 Die Arbeitsleistung des Versicherten, gemessen an seinem versicherten Arbeitsentgelt und seiner Versicherungsdauer, wird durch die Anzahl der erreichten Entgeltpunkte bestimmt. Dadurch wird eine Bewertung erreicht, die unabhängig von der weiteren Lohn- und Preisentwicklung und der Höhe des Beitragssatzes ist.

231 Der Zugangsfaktor richtet sich nach dem Zeitpunkt des Beginns einer Altersrente; er soll die Vor- und Nachteile aufgrund einer längeren bzw. kürzeren durchschnittlichen Rentenbezugsdauer bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente bzw. bei Verzicht einer Altersrente nach dem 65. Lebensjahr ausgleichen. Die Vervielfältigung des Zugangsfaktors mit den Entgeltpunkten, aus denen eine Rente

in Anspruch genommen wird, ergibt die persönlichen Entgeltpunkte.

232 Der nach den einzelnen Rentenarten unterschiedliche Rentenartfaktor bestimmt das Sicherungsziel der jeweiligen Rentenart im Verhältnis zu einer Altersrente.

233 Durch den aktuellen Rentenwert wirkt sich der jeweilige Stand der Lohn- und Gehaltsentwicklung in der Rentenhöhe aus; er wird jährlich durch die Rentenanpassung entsprechend der Lohn- und Gehaltsentwicklung unter Berücksichtigung der Belastungsveränderung bei den Aufwendungen der Erwerbstätigen für ihre Altersversorgung angepasst.

### **Versicherungsnummer, Versicherungskonto, Rentenauskunft**

234 Die Träger der Rentenversicherung vergeben für jeden Versicherten eine individuelle Versicherungsnummer (Rdnr. 457), die z. B. wie folgt lauten kann: 13 060356 L 078. Diese setzt sich zusammen aus

- der Bereichsnummer des die Versicherungsnummer vergebenden Trägers der Rentenversicherung; hier Deutsche Rentenversicherung (bis 30. September 2005: Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (13),
- dem Geburtsdatum des Versicherten: hier 6. März 1956,
- dem Anfangsbuchstaben des Familiennamens (Geburtsnamens): hier L
- der Seriennummer: hier der 7. männliche Versicherte, der am 6. März 1956 geboren war und dessen Familienname den Anfangsbuchstaben L trägt, und
- der Prüfziffer (8), mit der automatisch fehlerhafte Eingaben der Versicherungsnummer festgestellt werden können.

235 Für jeden Versicherten wird ein Versicherungskonto geführt, das nach der Versicherungsnummer geordnet ist. Im Versicherungskonto sind die Daten, die für die Durchführung der Versicherung sowie die Feststellung und Erbringung von Leistungen erforderlich sind, gespeichert. Die Träger der Rentenversicherung haben darauf hinzuwirken, dass die im Versicherungskonto gespeicherten Daten vollständig und geklärt sind. Die Daten sollen so gespeichert werden, dass sie jederzeit abgerufen und auf maschinell ver-

wertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung übermittelt werden können. Die gespeicherten personenbezogenen Daten unterliegen dem Datenschutz, d. h. sie dürfen vom Träger der Rentenversicherung nur zur Erfüllung seiner gesetzlich vorgeschriebenen und zugelassenen Aufgaben verarbeitet, genutzt oder weitergegeben werden.

236 Die Versicherten sind verpflichtet, bei der Klärung des Versicherungskontos mitzuwirken. Sie erhalten vom Träger der Rentenversicherung regelmäßig eine Mitteilung über die in ihrem Versicherungskonto gespeicherten personenbezogenen Daten (Versicherungsverlauf). Hat der Versicherungsträger das Versicherungskonto geklärt oder hat der Versicherte innerhalb von sechs Kalendermonaten nach Versendung des Versicherungsverlaufs seinem Inhalt nicht widersprochen, stellt der Versicherungsträger die im Versicherungsverlauf enthaltenen und nicht bereits festgestellten Daten, die länger als sechs Kalenderjahre zurückliegen, durch Bescheid fest. Über die Anrechnung und Bewertung dieser Daten wird aber erst bei Feststellung einer Leistung entschieden.

237 Durch die Vergabe einer Versicherungsnummer an alle Versicherten und die Einrichtung der maschinell gespeicherten Versicherungskonten ist es möglich geworden, Versicherte jederzeit auch über die Höhe der ihnen zustehenden Rentenanwartschaft zu informieren. Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, erhalten hierüber von Amts wegen Auskunft. Jüngeren Versicherten kann diese Auskunft von Amts wegen oder auf Antrag erteilt werden.

238 Ab dem Jahr 2004 haben die Rentenversicherungsträger allen Versicherten, die das 27. Lebensjahr vollendet haben, sogar jährlich in schriftlicher Form Auskünfte über den Stand ihrer Rentenanwartschaften zu erteilen. Diese jährliche Renteninformation hat insbesondere Angaben über die Grundlage der Rentenberechnung sowie die Höhe einer Rente zu enthalten. Solche Rentenauskünfte sind jedoch nicht rechtsverbindlich.

### **Aufbau der Berechnung einer Versichertenrente**

239 Zu den im Versicherungskonto gespeicherten Daten gehören insbesondere alle rentenrechtlichen Zeiten und die Höhe der versicherten Entgelte bzw. der gezahlten Beiträge. Hieraus werden die für



die Höhe der Rente maßgebenden Entgeltpunkte ermittelt, indem die versicherten Entgelte jeweils durch das im entsprechenden Zeitraum maßgebende durchschnittliche Bruttojahresarbeitsentgelt aller Versicherten geteilt und das Ergebnis auf vier Stellen hinter dem Komma gerundet wird. Ein versichertes Entgelt in Höhe des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten eines Kalenderjahres ergibt somit einen Entgeltpunkt. Die Entgeltpunkte für beitragsfreie Zeiten bestimmen sich nach dem durchschnittlichen Gesamtwert aller für Beitragszeiten erreichten Entgeltpunkte (Gesamtleistungsbewertung).

240 Hieraus wird deutlich, dass für die Berechnung der Rente nicht die absolute Höhe der gezahlten Beiträge bzw. der mit diesen Beiträgen versicherten Entgelte maßgebend ist, sondern vielmehr das Verhältnis der versicherten Entgelte zum jeweiligen Durchschnittsjahresentgelt. Entscheidend für den „Rentenwert“ eines Beitrags zur Rentenversicherung ist daher jeweils auch das Jahr, in welchem bzw. für welches der Beitrag gezahlt worden ist. Zur Versicherung eines Durchschnittsentgelts für ein Jahr waren z. B. im Jahr 1950 Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von rd. 316 DM erforderlich, im Jahre 2004 hingegen bereits mehr als das 35fache, nämlich 5667 Euro (dies entspricht 11.083 DM). Dennoch führen beide Beitragsleistungen zur Anrechnung jeweils eines Entgeltpunkts und somit zu einer gleich hohen Rente.

241 Durch Vervielfältigung der Summe aller Entgeltpunkte mit dem Zugangsfaktor erhält man die Anzahl der persönlichen Entgeltpunkte. Der Zugangsfaktor erlangt erst eigentliche Bedeutung, wenn eine Altersrente vor der jeweils maßgebenden Altersgrenze bzw. erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen wird; in allen übrigen Fällen beträgt er 1.

242 Der Monatsbetrag der Rente ergibt sich, indem die persönlichen Entgeltpunkte mit dem Rentenartfaktor, der z. B. bei Altersrenten der allgemeinen Rentenversicherung (bis Dezember 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) ebenfalls 1 beträgt, und mit dem Jahr für Jahr entsprechend der allgemeinen Entgeltentwicklung ansteigenden aktuellen Rentenwert vervielfältigt werden.

243 Diese Formel kann an einem Beispiel folgendermaßen erläutert werden:

### Beispiel

Eine Frau, die 20 Jahre lang Beiträge für ein halbes Durchschnittsentgelt oder 10 Jahre lang für ein volles Durchschnittsentgelt gezahlt hat, hat in beiden Fällen 10 Entgeltpunkte erworben. Für die Erziehung von 2 vor 1992 geborenen Kindern erhält sie  $2 \times 1,0$  Entgeltpunkte = 2,0 Entgeltpunkte.

Nimmt sie eine Altersrente von der für sie maßgebenden Altersgrenze an in Anspruch, betragen der Zugangsfaktor und der Rentenartfaktor jeweils 1, so dass sie bei der Rentenberechnung den Wert der Rente nicht beeinflussen. Der aktuelle Rentenwert für einen Entgeltpunkt beträgt seit dem 1. Juli 2003 in den alten Bundesländern 26,13 Euro und in den neuen Bundesländern 22,97 Euro. Die Rente aus 12 Entgeltpunkten (10 Entgeltpunkte aus Beitragszeiten + 2,0 Entgeltpunkte aus Kindererziehungszeiten) ergibt sich, indem diese mit dem aktuellen Rentenwert vervielfältigt werden, was seit dem 1. Juli 2003 in den alten Bundesländern eine Monatsrente von 313,56 Euro und in den neuen Bundesländern von 275,64 Euro ergibt.

### Ermittlung der Entgeltpunkte für Beitragszeiten

244 Die Entgeltpunkte für Beitragszeiten werden ermittelt, indem das für die jeweils zurückgelegte Beitragszeiten versicherte Bruttoarbeitsentgelt (die so genannte Beitragsbemessungsgrundlage) durch das Jahr für Jahr ermittelte durchschnittliche Bruttoarbeitsentgelt aller Versicherten (vgl. nachfolgende Übersicht) geteilt wird. Hat z. B. ein Versicherter im Jahre 2004 34.726 Euro (= 120% des Durchschnittsentgelts 2004 von 29.060 Euro) verdient, werden ihm  $34.872 \text{ Euro} : 29.060 \text{ Euro} = 1,2$  Entgeltpunkte für das Jahr 2004 angerechnet.

245 Hat ein Versicherter freiwillige Beiträge gezahlt, wird hierfür eine entsprechende Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahme) bestimmt und hieraus die Anzahl der Entgeltpunkte ermittelt. Seit dem 1. April 2003 entspricht der freiwillige Mindestbetrag von monatlich 78 Euro einer beitragspflichtigen Einnahme von (78 Euro: 19,5% =) 400 Euro. Hieraus ergeben sich z. B. für eine ganzjährige Beschäftigung auf 400-Euro-Basis im Jahr 2004  $0,1652$  Entgeltpunkte ( $12 \times 400 \text{ Euro} = 4.800 \text{ Euro} / 29.060 \text{ Euro}$ ).



246 Die Durchschnittsentgelte aller Versicherten werden Jahr für Jahr durch Rechtsverordnung entsprechend den Ermittlungen des Statistischen Bundesamtes festgesetzt und in Anlage 1 zum SGB VI ausgewiesen (vgl. untenstehende Übersicht). Da sich das Durchschnittsentgelt eines Kalenderjahres statistisch immer erst mit einer Verzögerung von mehreren Monaten feststellen lässt, kann durch Rechtsverordnung jeweils zum Jahresende immer erst das Durchschnittsentgelt des Vorjahres bestimmt werden. Deshalb ist vorgesehen, dass die Rechtsverordnung auch für das jeweils folgende Kalenderjahr ein vorläufiges Durchschnittsentgelt festsetzt, indem das Durchschnittsentgelt des vergangenen Kalenderjahres um das Doppelte des Prozentsatzes erhöht wird, um den das Durchschnittsentgelt des vergangenen Kalenderjahres höher ist als das Durchschnittsentgelt des vorvergangenen Kalenderjahres. Danach ergab sich z. B. am Ende des Jahres 2005 ein vorläufiges Durchschnittsentgelt für 2006 von 29.304 Euro; 29.060 Euro (Durchschnittsentgelt für 2004) x 1,0084 (Doppel des Entgeltanstiegs im Jahre 2004 in Höhe von 0,42%) = 29.304 Euro. Durch die Festsetzung eines solchen vorläufigen Durchschnittsentgelts wird vermieden, dass in den letzten zwei Kalenderjahren vor Rentenbeginn für die Ermittlung der Entgeltpunkte das zuletzt für das vorvergangene Kalenderjahr festgestellte und deshalb regelmäßig zu niedrige Durchschnittsentgelt zugrunde gelegt wird.

**Durchschnittsentgelt (bis zum Jahr 2001 in DM/ RM ab dem Jahr 2002 in Euro)**

Jahr	Durchschnittsentgelt
1891	700
92	700
93	709
94	714
95	714
96	728
97	741
98	755
99	773
1900	796
01	814
02	841
03	855
04	887
05	910
06	946
07	987
08	1019
09	1046
1910	1078
11	1119
12	1164
13	1182
14	1219
15	1178
16	1233
17	1446

18	1706
19	2010
1920	3729
21	9974
24	1233
25	1469
26	1642
27	1742
28	1983
29	2110
1930	2074
31	1924
32	1615
33	1583
34	1605
35	1692
36	1783
37	1856
38	1947
39	2092
1940	2156
41	2297
42	2310
43	2324
44	2292
45	1778
46	1778
47	1833
48	2219
49	2838
1950	3161
51	3579
52	3852
53	4061
54	4234
55	4548
56	4844
57	5043
58	5330
59	5602
1960	6101
61	6723
62	7328
63	7775
64	8467
65	9229
66	989
67	10219
68	10842
69	11839
1970	13343
71	14931
72	16335
73	18295
74	20381
75	21808
76	23335
77	24945
78	26242
79	27685
1980	29485
81	30900
82	32198
83	33293
84	34292
85	35286
86	36627
87	37726
88	38896
89	40063
1990	41946
91	44421
92	46820
93	48178
94	49142

95	50665
96	51108
97	52143
98	52925
99	53507
2000	54256
01	55216 (28231 Euro)
02	28626 (Euro)
03	28938 (Euro)
04	29060 (Euro)
05	29569 (Euro)
06	2 9304 (Euro)

247 Außerdem gibt es noch folgende Besonderheiten:

- Arbeitsentgelte, die vom Arbeitgeber im Voraus bescheinigt wurden, sind unabhängig vom tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt der Rente zugrunde zu legen. Eine solche Vorausbescheinigung über das voraussichtliche Arbeitsentgelt bis zum Ende der Beschäftigung haben Arbeitgeber auf Verlangen bis zu drei Monate im Voraus zu erbringen, wenn von dem Versicherten für die Zeit danach eine Rente wegen Alters beantragt wird. Dadurch wird ein lückenloser Anschluss der Rentenzahlung an das Arbeitsentgelt erleichtert, da das voraus bescheinigte Arbeitsentgelt Grundlage der Rentenberechnung wird. Die Beitragsberechnung erfolgt aber unbeschadet der Vorausbescheinigung nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt.
- Bei einer Doppelversicherung in verschiedenen Versicherungszweigen werden die vor 1957 gezahlten Beiträge zur Arbeiterrentenversicherung oder, wenn vor 1943 eine Doppelversicherung bei der Angestelltenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung vorlag, die Beiträge zur Angestelltenversicherung nicht berücksichtigt.
- Für Beiträge, die für Arbeiter und Angestellte in der Zeit von 1921 bis 1923 gezahlt worden sind, werden für jeden Kalendermonat 0,0625 Entgeltpunkte der Rentenberechnung zugrunde gelegt.

248 Für bestimmte Beitragszeiten sind der Ermittlung der Entgeltpunkte die in den Anlagen zum SGB VI ausgewiesenen Tabellenwerte zugrunde zu legen:

- So werden z. B. erst seit 1942 Beiträge im Lohnabzugsverfahren gezahlt und dementsprechend Arbeitsentgelte in die Versicherungskarten eingetragen. Für Zeiten davor wurden die Beiträge durch das Einkleben von Marken in die Versicherungskarte nach Lohn-, Gehalts- oder Bei-

tragsklassen entrichtet. Für diese Zeiten sind die Anzahl der entrichteten Beiträge jeder Klasse mit den Werten zu vervielfältigen, die in den Tabellen der Anlage 3 und 4 für die einzelnen Zeiträume angegeben sind.

- Für Berliner Beiträge im Zeitraum vom 01.07.1945 bis 31.12.1954 gelten nach Anlage 5 und für saarländische Beiträge im Zeitraum vom 20.11.1947 bis 31.08.1957 nach Anlage 7 besondere Tabellenwerte.
- Haben Versicherte vor 1957 während mindestens fünf Pflichtbeitragsjahren in wesentlichem Umfang Sachbezüge (Unterkunft, Verpflegung) erhalten, sind mindestens die Tabellenwerte nach Anlage 8 zugrunde zu legen.
- Auch für Fremdreutner werden für nachgewiesene Beitrags- und Beschäftigungszeiten nach Qualifikationsgruppen und Wirtschaftsbereichen differenzierte Tabellenwerte zugrunde gelegt (Anlagen 13 und 14 SGB VI). Kann die Höhe der Beiträge bzw. der Umfang der Beitrags- und Beschäftigungszeiten nicht nachgewiesen, sondern lediglich glaubhaft gemacht werden, sind um ein Sechstel verringerte Entgelte zugrunde zu legen.
- Entsprechendes gilt, wenn Versicherungsunterlagen vernichtet oder verloren gegangen sind. Kann eine Beschäftigungszeit bzw. die Höhe der entrichteten Beiträge nicht nachgewiesen, sondern (z. B. durch Zeugenaussagen) nur glaubhaft gemacht werden, sind für Beschäftigungszeiten vor dem 1. Januar 1950 im heutigen Bundesgebiet und für Beschäftigungszeiten vor dem 1. Januar 1991 im früheren Bundesgebiet die – um 1/6 reduzierten – Entgelte der Tabellen zum Fremdreutengesetz (Anlagen 1 bis 16) und für die übrigen Beschäftigungszeiten (vom 1. Januar 1950 bis zum 31. Dezember 1990 im Gebiet der neuen Bundesländer und ab dem 1. Januar 1991 im gesamten Bundesgebiet) die – um 1/6 reduzierten – Entgelte der Tabellen zum SGB VI (Anlagen 13 und 14) zugrunde zu legen.

249 Der Entgeltpunktwert für Kindererziehungszeiten ist gesetzlich festgelegt. Er beträgt seit dem 1. Juli 2000 für jeden Kalendermonat 0,0833 Entgeltpunkte, was einem versicherten Entgelt in Höhe von 100% des Durchschnittsentgelts entspricht. Kindererziehungszeiten werden seit dem 1. Juli 1998 zusätzlich („additiv“) zu bereits vorhandenen zeitgleichen Bei-

tragszeiten angerechnet, und zwar bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze. Bis zum 30. Juni 1998 wurden Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten nur berücksichtigt, soweit sich aus zugleich gezahlten Beiträgen kein höherer Entgeltpunktwert ergab. Die additive Anrechnung von Kindererziehungszeiten erfolgte nachträglich auch für die bereits vor dem 1. Juli 1998 begonnenen Renten.

250 Für bestimmte Beitragszeiten ist unabhängig von der Höhe der Beitragszahlung für die Festsetzung der Entgeltpunkte ein Mindestwert bestimmt worden:

- So wurden bei den bis zum 31. Dezember 1996 zugegangenen Renten Pflichtbeitragszeiten für eine Berufsausbildung mit mindestens 0,075 Entgeltpunkten/Monat (= 90% des Durchschnittsentgelts) bewertet. Dies galt unabhängig von einer Berufsausbildung generell für die ersten 48 Kalendermonate einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit vor Vollendung des 25. Lebensjahres; darüber hinaus nur für die Zeiten, für die eine Berufsausbildung nachgewiesen werden konnte. Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurde diese Regelung jedoch für die ab dem 1. Januar 1997 zugehenden Renten aufgehoben.
- Wehr- und Zivildienst, der in der Zeit vom 1. Mai 1961 bis zum 31. Dezember 1981 zurückgelegt wurde, wird pro Jahr mit 1,0 Entgeltpunkten (=100% des Durchschnittsentgelts), davor oder danach liegende Zeiten bis zum 31. Dezember 1991 grundsätzlich mit 0,75 Entgeltpunkten (= 75% des Durchschnittsentgelts) bewertet. Für die Zeit ab dem 1. Januar 1992 werden für Wehrdienst- oder Zivildienstleistende Beiträge auf der Grundlage eines bestimmten Prozentsatzes der Bezugsgröße gezahlt (bis zum 31. Dezember 1999 80% der Bezugsgröße; seit dem 1. Januar 2000 60% der Bezugsgröße). Im Jahr 2006 entspricht dies einer monatlichen Bemessungsgrundlage von 1.470 Euro in den alten Bundesländern und 1.239 Euro in den neuen Bundesländern.
- Zeiten, für die Pflichtbeiträge für behinderte Menschen in geschützten Einrichtungen gezahlt worden sind, werden mit 80% der Bezugsgröße im Jahr (dies entspricht rd. 75% des Durchschnittsentgelts) bewertet.
- Beiträge während der Inflationszeit vom 1. Oktober 1921 (bei Arbeitern) bzw. vom 1. August

1921 (bei Angestellten) bis zum 31. Dezember 1923 werden mit 0,0625 Entgeltpunkten/ Monat (= 75% des Durchschnittsentgelts) bewertet.

- Von besonderer Bedeutung ist schließlich auch die so genannte „Rente nach Mindesteinkommen“. Darunter versteht man die seit der Rentenreform 1972 bestehende Regelung, wonach niedrige Pflichtbeiträge unter bestimmten Voraussetzungen auf 75% des Beitragswerts für ein Durchschnittsentgelt angehoben werden. Von dieser Regelung profitieren insbesondere Frauen, deren Verdienste durchschnittlich geringer bemessen sind als die Verdienste von Männern. Durch das Rentenreformgesetz 1992 wurde diese Regelung, die bis dahin nur Pflichtbeitragszeiten vor 1973 erfasste, auf Pflichtbeitragszeiten bis Ende 1991 erweitert und modifiziert. Sind mindestens 35 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten einschließlich Berücksichtigungszeiten zurückgelegt worden und ergibt sich aus den Kalendermonaten mit vollwertigen Pflichtbeiträgen ein Durchschnittswert von weniger als 0,0625 Entgeltpunkten (= 75% des Durchschnittsentgelts), werden Pflichtbeitragszeiten bis einschließlich 1991 auf das 1,5fache, höchstens aber auf monatlich 0,0625 Entgeltpunkte erhöht. Die Anhebung auf das 1,5fache des erreichten Wertes bewirkt, dass lange Beitragszeiten mit sehr niedrigen Pflichtbeiträgen aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung im Vergleich zu einer entsprechenden Vollzeitbeschäftigung nicht unverhältnismäßig angehoben werden. Auch bei den in der Zeit vor 1992 bereits zugegangenen Renten wurden in der Zeit von 1973 bis zum Rentenbeginn entrichtete niedrige Pflichtbeiträge in einem vereinfachten und automationsgerechten Verfahren angehoben und ab 1992 als Zuschlag zur Rente ausgezahlt. Voraussetzung für die Anhebung war, dass 35 Versicherungsjahre vorgelegen haben. Der Zuschlag zur Rente berechnet sich nach den gleichen Grundsätzen wie die Anhebung der niedrigen Pflichtbeiträge für Rentenzugänge ab 1992.

#### **Kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeitragszeiten**

251 Während es der Gesetzgeber bis zu der im Jahr 1997 verabschiedeten Rentenreform 1999 für vordringlich erachtete, durch Zuerkennung von Kindererziehungszeiten (bis zu drei Jahren) erziehungsbedingte Lücken in der Versicherungsbiographie von

Frauen zu schließen, wurde mit dem Rentenreformgesetz 1999 das Lückenschließungsprinzip erstmals verlassen und entsprechend der Vorgabe durch das Bundesverfassungsgericht eine additive Bewertung für den Fall vorgesehen, dass Kindererziehungszeiten mit anderen Beitragszeiten zusammentreffen. Damit wurde erreicht, dass sich Kindererziehungszeiten neben einer oftmals wegen Kindererziehung reduzierten Beschäftigung in dieser Zeit bis zur Beitragsbemessungsgrenze rentenrechtlich auswirken konnten. Dies war der erste rentenrechtliche Anreiz zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Kindererziehungsphase und ein richtiger Schritt in die Richtung, die eigenständige Alterssicherung von Frauen zu verbessern. Denn die wichtigste Grundlage für eine eigenständige Alterssicherung ist auch bei Frauen die Ausübung einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit.

252 Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz hat der Gesetzgeber die eigenständige Alterssicherung insbesondere von Frauen unter dem Aspekt der Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter verbessert. Ziel der mit diesem Gesetz unter diesem Aspekt eingeführten neuen Regelungen ist

- die geringere Entlohnung für Frauen, vor allem während der Zeit einer Teilzeitbeschäftigung in der Kindererziehungsphase, teilweise auszugleichen und gleichzeitig
- weitere Anreize für eine baldige (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit nach der Kindererziehungszeit zu geben sowie
- einen Ausgleich für Frauen zu schaffen, die wegen der Erziehung von mindestens zwei Kindern oftmals eine Teilzeitbeschäftigung nicht aufnehmen können.

253 Um die rentenrechtlichen Folgen geringer Entgelte abzumildern, werden die Rentenanwartschaften von Kindererziehenden, die während der ihnen anzurechnenden Berücksichtigungszeit wegen Kindererziehung (die ersten 10 Lebensjahre des Kindes) erwerbstätig sind, diese Tätigkeit aber wegen der Kindererziehung vor allem in Form von Teilzeitarbeit ausüben und deshalb regelmäßig unterdurchschnittlich verdienen, bei der Rentenberechnung nach den Grundsätzen der Rente nach Mindesteinkommen aufgewertet. Damit wird ein Anreiz geschaffen, kindererziehungsbedingte Lücken in der Versicherungsbiographie möglichst kurz zu halten und möglichst bald,

z. B. wenn das Kind in den Kindergarten kommt, zumindest eine Teilzeitbeschäftigung aufzunehmen. Die Erhöhung der Rentenanwartschaft erfolgt, indem der bzw. dem Versicherten zusätzlich 50% der aufgrund der gezahlten Pflichtbeiträge erworbenen Entgeltpunkte zusätzlich gutgeschrieben werden.

254 Da dieser Höherbewertungsmechanismus im Grundsatz dem Prinzip der Rentenberechnung nach Mindesteinkommen nachgebildet ist, erfolgt auch bei dieser Form der Höherbewertung eine Begrenzung, wenn durch die Höherbewertung ein bestimmter Entgeltpunkt überschritten wird. Im Unterschied zur Rentenberechnung nach Mindesteinkommen, bei der die Höherbewertung auf den Wert von 0,75 Entgeltpunkten für ein Jahr bzw. 0,0625 Entgeltpunkte für einen Monat (dies entspricht 75% des Durchschnittsentgelts) begrenzt ist, gilt für die kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeiträgen eine Begrenzung auf 1,0 Entgeltpunkte für ein Jahr bzw. 0,0833 Entgeltpunkte für einen Monat (dies entspricht 100% eines versicherten Durchschnittsentgelts). Aufgrund der Anhebung des Begrenzungswerts auf 1 vollen Entgeltpunkt haben nun auch vollzeiterwerbstätige Frauen, vor allem also die alleinerziehenden Mütter, die Chance, von der Höherbewertungsregelung zu profitieren. Denn das Durchschnittseinkommen von Frauen liegt auch heute noch bei nur 70% des Gesamtdurchschnittseinkommens.

### Beispiel

Eine alleinerziehende Frau hat ein Kind, das Ende 1992 geboren ist. Sie ist ab 1996 vollzeiterwerbstätig mit einem Verdienst in Höhe von 70% des Durchschnittseinkommens. Die Neuregelung bringt für diese Frau eine Erhöhung ihrer monatlichen Rente um über 54 Euro bei Zugrundelegung des für die alten Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts und um über 48 Euro bei Zugrundelegung des für die neuen Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts (Ost).

255 Wie bei der Rentenberechnung nach Mindesteinkommen kommen auch bei der kindbezogenen Höherbewertung von Pflichtbeiträgen nur diejenigen Versicherten in den Genuss der zusätzlichen Entgeltpunkte, die der Solidargemeinschaft der Rentenversicherten über eine längere Zeit hinweg angehört haben. Im Unterschied zur Rente nach Mindesteinkommen, für die die Erfüllung der Wartezeit von

35 Jahren erforderlich ist, findet die kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeiträgen bereits für diejenigen Versicherten Anwendung, die die Wartezeit von 25 Jahren erfüllen. Diese Voraussetzung dürfte wegen der Anrechnung der Kinderberücksichtigungszeit (Zeiten der Kindererziehung bis zum 10. Lebensjahr des Kindes) aber auch wegen der jetzt möglichen Anrechnung von Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit vor Eintritt in das Erwerbsleben von den meisten Versicherten (Frauen), die neben der Ausübung einer Beschäftigung Kinder erziehen, erfüllt werden.

256 Die kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeiträgen gilt für die Pflichtbeiträge ab dem Jahr 1992. Sie knüpft daher nahtlos an die Rentenberechnung nach Mindesteinkommen an, die auf die bis Ende 1991 zurückgelegten Beschäftigungszeiten Anwendung findet. Teilzeitbeschäftigte Versicherte (Frauen), die neben einer Beschäftigung Kinder erziehen, erwerben daher für die bis 1991 zurückgelegten Beschäftigungszeiten – bei Vorliegen der Voraussetzungen – zusätzliche Entgeltpunkte aufgrund der Rente nach Mindesteinkommen und für die ab 1992 zurückgelegten Beschäftigungszeiten zusätzliche Entgeltpunkte aufgrund der kindbezogenen Höherbewertung von Beschäftigungszeiten. Von der kindbezogenen Höherbewertung profitieren somit auch die Versicherten (Frauen), die ab dem Jahre 1992 bereits eine Beschäftigung ausgeübt haben und deren Kinder während dieser Zeit das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

#### Beispiel

Eine Frau hat 2 Kinder, die Ende 1987 und Ende 1990 geboren sind. Sie ist seit 1. Januar 1992 teilzeitbeschäftigt und erzielt einen versicherungspflichtigen Verdienst in Höhe von 50% des Durchschnittsentgelts. Die kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeiträgen führt für diese Frau zu einer Erhöhung ihrer monatlichen Rente um fast 72 Euro bei Zugrundelegung des für die alten Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts und um fast 64 Euro bei Zugrundelegung des für die neuen Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts (Ost).

257 Viele kindererziehende Versicherte (Frauen) können wegen der Erziehung mehrerer Kinder nicht erwerbstätig sein. Auch für diese Versicherten sind

mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz Verbesserungen eingeführt worden, um Lücken in der Rentenanwartschaft zu schließen. Für diese Versicherten (Mütter oder Väter) wird bei gleichzeitiger Erziehung von zwei oder mehr Kindern unter zehn Jahren nach dem Auslaufen der Kindererziehungszeit, in der Regel ab dem 4. Lebensjahr des jüngsten Kindes, bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres des vorletzt geborenen Kindes, für Zeiten ab 1992 eine rentenrechtliche Gutschrift von Entgeltpunkten gewährt. Diese Gutschrift entspricht der höchstmöglichen Anzahl zusätzlich zu erwerbender Entgeltpunkte aus der kindbezogenen Höherbewertung von Pflichtbeiträgen. Dies entspricht 0,33 Entgeltpunkten für ein Jahr bzw. 0,0278 Entgeltpunkten für einen Monat der Erziehung von mindestens zwei Kindern unter 10 Jahren.

#### Beispiel

Eine Frau hat 3 Kinder. Die Kinder sind Ende 1989, Ende 1991 und Ende 1995 geboren. Sie ist nicht erwerbstätig. Die Gutschrift von Entgeltpunkten wegen der Erziehung mehrerer Kinder unter 10 Jahren führt zu einer Erhöhung der monatlichen Rente um über 52 Euro bei Zugrundelegung des für die alten Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts und um über 46 Euro bei Zugrundelegung des für die neuen Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts (Ost).

258 Wird auch neben der Erziehung von mindestens zwei Kindern unter 10 Jahren eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt, werden die sich aus der kindbezogenen Höherbewertung dieser Pflichtbeiträge ergebenden zusätzlichen Entgeltpunkte auf die gut zu schreibenden Entgeltpunkte wegen der Erziehung mehrerer Kinder angerechnet.

259 Für Versicherte, die wegen der Betreuung eines pflegebedürftigen Kindes regelmäßig nicht erwerbstätig sein können, ist die kindbezogene Höherbewertung von Pflichtbeiträgen in besonderer Weise ausgestaltet worden. Hier ist vorgesehen, dass nach dem Auslaufen der anzurechnenden Kindererziehungszeiten zusätzlich zu den Entgeltpunkten, die sich aus den für die Pflegeperson von der Pflegekasse geleisteten Pflichtbeiträgen ergeben, 50% von diesen Entgeltpunkten gutgeschrieben werden. Auch in diesem Fall erfolgt die Gutschrift nur insoweit, als sich zusammen mit den aufgrund der gezahlten Pflicht-

beiträge erworbenen Entgeltpunkten nicht mehr als 1 voller Entgeltpunkt für das jeweilige Jahr bzw. 0,0833 Entgeltpunkte für den jeweiligen Monat ergeben. Die Höherbewertung erfolgt hier grundsätzlich für Zeiten ab In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung zum 1. April 1995. Im Unterschied zur kindbezogenen Höherbewertung bei nichtpflegebedürftigen Kindern erstreckt sie sich nicht nur auf Zeiten bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes, sondern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des pflegebedürftigen Kindes.

### Beispiel

Eine Frau hat ein schwerpflegebedürftiges Kind erzogen und pflegerisch betreut. Das Kind wurde Ende 1995 geboren. Für die Betreuung des Kindes wird sich die monatliche Rente um rd. 98 Euro bei Zugrundelegung des für die alten Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts und um rd. 86 Euro bei Zugrundelegung des für die neuen Bundesländer ab 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwerts (Ost) erhöhen.

### Ermittlung der Entgeltpunkte aus einem durchgeführten Rentensplitting unter Ehegatten

260 Haben sich die Ehegatten anstelle der Anwendung des Witwen- bzw. Witwerrentenrechts für die Durchführung eines Rentensplittings entschieden, sind Zu- und Abschläge an Entgeltpunkten aus den in der Splittingzeit erworbenen Entgeltpunkten zu ermitteln. Splittingzeit ist dabei die Zeit vom Beginn des Monats, in dem die Ehe geschlossen worden ist, bis zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Durchführung des Rentensplittings entstanden ist (dies ist entweder der Monat, in dem erstmals beide Ehegatten eine Vollrente wegen Alters beziehen, oder der Monat, in dem der eine Ehegatte eine Vollrente wegen Alters bezieht und der andere Ehegatte das 65. Lebensjahr vollendet).

261 Für die Ermittlung der Zu- und Abschläge an Entgeltpunkten aus dem Rentensplitting werden die von den Ehegatten in der Ehezeit erworbenen Entgeltpunkte nach den unterschiedlichen Rentenzahlbeträgen, die sich aus ihnen ergeben, aufgeteilt. Aus der Summe aller in der Ehezeit bezogenen Entgeltpunkte werden daher insgesamt vier Klassen von Entgeltpunkten gebildet:

- Entgeltpunkte (Vervielfältigung mit dem aktuellen Rentenwert) in der allgemeinen Rentenversi-

cherung – bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet – (Vervielfältigung mit dem Rentenartfaktor 1,0),

- Entgeltpunkte – Ost – (Vervielfältigung mit dem aktuellen Rentenwert – Ost –) in der allgemeinen Rentenversicherung – bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet – (Vervielfältigung mit dem Rentenartfaktor 1,0),
- Entgeltpunkte (Vervielfältigung mit dem aktuellen Rentenwert) in der knappschaftlichen Rentenversicherung (Vervielfältigung mit dem Rentenartfaktor 1,3333) sowie
- Entgeltpunkte – Ost – (Vervielfältigung mit dem aktuellen Rentenwert – Ost –) in der knappschaftlichen Rentenversicherung (Vervielfältigung mit dem Rentenartfaktor 1,3333).

Der Ehegatte mit der niedrigeren Summe an Entgeltpunkten in der jeweiligen Entgeltpunktgruppe erhält die Hälfte des Unterschieds zwischen den gleichartigen Entgeltpunkten der Ehegatten zugeschlagen. Dementsprechend muss der Ehegatte mit der höheren Summe an Entgeltpunkten in der jeweiligen Entgeltpunktgruppe einen Abschlag an Entgeltpunkten in Höhe der Hälfte des Unterschieds zwischen den gleichartigen Entgeltpunkten hinnehmen.

262 Wie beim Versorgungsausgleich führt auch das Rentensplitting nicht nur zu höheren Rentenansprüchen, sondern auch zu einer Erhöhung der auf die Wartezeit anzurechnenden Monate mit rentenrechtlichen Zeiten. Je nach Lage des Einzelfalls kann daher ein Ehegatte mit der Durchführung des Rentensplittings eine zunächst nicht erfüllte Wartezeit für einen Anspruch auf Altersrente dann doch noch erfüllen. Hat einer der Ehegatten in der Ehezeit eine geringere Anzahl an Entgeltpunkten erworben als der andere Ehegatte, ergibt sich für den Ehegatten mit der geringeren Anzahl an Entgeltpunkten ein Splittingzuwachs an Entgeltpunkten in Höhe der Hälfte des Unterschieds zwischen der höheren und der geringeren Anzahl an Entgeltpunkten. Soweit die in die Ehezeit fallenden Kalendermonate nicht bereits auf die Wartezeit anzurechnen sind, erhöht ein Splittingzuwachs an Entgeltpunkten die Wartezeit um die volle Anzahl an Monaten, die sich ergibt, wenn die Entgeltpunkte aus dem Splittingzuwachs durch den Wert 0,0313 geteilt werden. Ein Splittingzuwachs von 0,375 Entgeltpunkten erhöht somit die Wartezeit



um ein Jahr. Dies bedeutet, dass z. B. eine Frau, die selbst nicht versichert war und deren Ehegatte lediglich Arbeitsentgelte in Höhe von 75% des Durchschnittsverdienstes erzielte, ebenso viele Monate auf die Wartezeit angerechnet erhält wie ihr Ehemann zurückgelegt hat. Für die von dieser Neuregelung Begünstigten – in der Regel sind es Frauen – wird sich durch sie ein wesentlich erleichterter Zugang zu Rentenleistungen ergeben.

### **Ermittlung der Entgeltpunkte aus den pauschalen Arbeitgeberbeiträgen für Entgelte aus geringfügiger Beschäftigung**

263 Mit dem Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse sollte insbesondere Frauen, die vor allem in diesen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten, eine verbesserte Alterssicherung ermöglicht werden. Daher wurde in diesem Gesetz die Regelung getroffen, dass auch aus den 12-prozentigen pauschalen Arbeitgeberbeiträgen für Entgelte aus geringfügigen Beschäftigungen Entgeltpunkte erworben werden. Für die pauschalen Arbeitgeberbeiträge wird ein Zuschlag an Entgeltpunkten ermittelt, indem das diesen Beiträgen zugrunde liegende Entgelt eines Kalenderjahres durch das Durchschnittsentgelt dieses Kalenderjahres nach Anlage 1 zum SGB VI geteilt und dieser Wert mit dem Verhältnis aus 12-prozentigem pauschalen Arbeitgeberbeitrag und dem vollen Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung dieses Kalenderjahres vervielfältigt wird.

#### **Beispiel**

Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung im Jahr 2004:	4.800 Euro
Durchschnittsentgelt des Jahres 2004:	29.060 Euro
Beitragssatz des Jahres 2004:	19,5%
Zuschlag zu Entgeltpunkten: 4.800 Euro: 29.060 Euro x 12/19,5	= 0,1017 Entgeltpunkte

264 Ein Zuschlag an Entgeltpunkten wird für versicherungsfreie Renten- oder Versorgungsbezieher sowie Personen, die bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nicht versichert waren, nicht ermittelt, da für sie das Versicherungsleben bereits abgeschlossen ist.

265 Die Zuschläge an Entgeltpunkten aus Entgelten für eine geringfügige Beschäftigung haben auch Be-

deutung für die Erfüllung der Wartezeit. Auf die Wartezeit wird die volle Anzahl an Monaten angerechnet, die sich ergibt, wenn die Zuschläge an Entgeltpunkten durch den Wert 0,0313 geteilt werden. Bis zum 31. Dezember 2001 waren die Zuschläge noch durch den Wert 0,0625 zu teilen. Mit der Halbierung dieses Werts wird im Ergebnis eine Verdopplung der Anzahl der auf die Wartezeit anzurechnenden Monate gegenüber der bisherigen Regelung erreicht.

266 Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist mit Wirkung ab dem 1. April 2003 für geringfügige Beschäftigungen in Privathaushalten der pauschale Arbeitgeberbeitrag zur Rentenversicherung von 12% auf 5% abgesenkt worden. Entgeltpunkte aus den pauschalen Arbeitgeberbeiträgen für geringfügige Beschäftigungen in Privathaushalten werden daher ermittelt, indem der Verhältniswert aus dem Entgelt und dem Durchschnittsentgelt des jeweiligen Kalenderjahres mit dem Verhältnis aus 5-prozentigem pauschalen Arbeitgeberbeitrag und dem vollen Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung dieses Kalenderjahres vervielfältigt wird.

#### **Beispiel**

Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung im Jahr 2004:	4.800 Euro
Durchschnittsentgelt des Jahres 2004:	29.060 Euro
Beitragssatz des Jahres 2004:	19,5%
Zuschlag zu Entgeltpunkten: 4.800 Euro: 29.060 Euro x 5/19,5	= 0,0424 Entgeltpunkte

### **Ermittlung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten**

267 Die Anrechnung beitragsfreier Zeiten erfolgte bis Ende 1991 nur unter bestimmten Voraussetzungen, wozu u. a. auch die Erfüllung der so genannten Halbebelegung gehört hat. Diese erforderte, dass die Zeit vom Versicherungseintritt bis zum Versicherungsfall unter Ausklammerung der Ausfallzeiten wenigstens zur Hälfte mit Pflichtbeiträgen belegt war.

268 Demgegenüber werden bei Rentenbeginn ab 1992 beitragsfreie Zeiten und beitragsgeminderte Zeiten (Zeiten, in denen sowohl Pflichtbeiträge wegen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung

gezahlt worden sind, und in denen zeitgleich auch beitragsfreie Zeiten – z. B. wegen des Besuchs einer Fachschule – zur Anrechnung kommen) ohne weitere Voraussetzungen angerechnet. Durch den Verzicht auf die bisherige Anrechnungsvoraussetzung der Halbbelegung bzw. einer bestimmten Beitragsdichte werden die damit verbundenen Zufallsergebnisse (Alles-oder-Nichts-Prinzip) vermieden. Bewertet werden die beitragsfreien Zeiten nach dem durchschnittlichen Gesamtwert der Beiträge einschließlich der freiwilligen Beiträge (Gesamtleistungsbewertung). Bei der Ermittlung des durchschnittlichen Gesamtwertes wird einheitlich für alle Versicherten auf das gesamte Versicherungsleben vom vollendeten 17. Lebensjahr bis zum Eintritt des Versicherungsfalles (belegungsfähiger Zeitraum) unter Abzug der beitragsfreien Zeiten abgestellt. Liegen also versicherungsrechtliche Lücken nicht vor, entspricht der Gesamtleistungswert dem durchschnittlichen Beitragswert. Liegen Lücken vor, verringert sich der Gesamtleistungswert entsprechend.

269 Bei Einführung des Prinzips der Gesamtleistungsbewertung war aus Gründen des Vertrauensschutzes auch vorgesehen worden, dass die Anzahl der vor dem 1. Januar 1992 liegenden Monate einer Lücke im Versicherungsleben um eine Pauschalzeit gekürzt wird, die bei Beginn der Rente im Januar 1997 24% der Beitragszeiten betragen hat. Für jeden Monat, den die Rente später begonnen hat, hat sich dieser Prozentsatz um 0,5 Prozentpunkte verringert, so dass die volle Versicherungslücke vor dem 1. Januar 1992 erst bei Renten zum Tragen gekommen ist, die ab dem Jahr 2001 begonnen haben.

270 Die Gesamtleistungsbewertung erfolgt einmal unter Berücksichtigung der beitragsgeminderten Zeiten als Beitragszeit (Grundbewertung) und zum anderen unter Berücksichtigung dieser Zeiten als beitragsfreie Zeiten (Vergleichsbewertung). Dadurch wird erreicht, dass beitragsgeminderte Zeiten mindestens den Wert erhalten, den sie als beitragsfreie Zeiten hätten. Beitragsfreie Zeiten, die bereits bei einer Beamtenversorgung oder einer beamtenrecht-sähnlichen Versorgung als ruhegehaltspflichtig anerkannt worden sind, bleiben bei der Gesamtleistungsbewertung unberücksichtigt, d. h. diese Zeiten zählen als Versicherungslücke.

271 Bei der Grundbewertung wird die Summe der Entgeltpunkte für Beitragszeiten durch die Anzahl der belegungsfähigen Monate geteilt. Die Anzahl

der belegungsfähigen Monate ergibt sich aus dem belegungsfähigen Gesamtzeitraum vom vollendeten 17. Lebensjahr bis zum Eintritt des Versicherungsfalles unter Abzug der beitragsfreien Zeiten und der Zeiten, in denen eine Rente aus eigener Versicherung bezogen worden ist. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung zählen im Rahmen der Gesamtleistungsbewertung als „Beitragszeiten“ mit einem Wert von 0,0833 Entgeltpunkten/Monat, was 100% des Durchschnittsentgelts entspricht. Die für Zeiten der Pflege vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 anzurechnenden Berücksichtigungszeiten gehen mit einem Wert von 0,0625 Entgeltpunkten, was 75% eines Durchschnittsentgelts entspricht, in die Gesamtleistungsbewertung ein. Sie verbessern dadurch den Gesamtleistungswert. Die Grundbewertung erfolgt somit nach folgender Formel:

$$\text{Glw} = \frac{\text{EP aus Beitragszeiten} + \text{Berücksichtigungszeiten}}{\text{Mon. bZ} - \text{Mon. bfZ} - \text{Mon. RbZ}}$$

EP = Entgeltpunkte  
 Glw = Gesamtleistungswert je Monat  
 Mon. bZ = Monate an belegungsfähiger Zeit  
 Mon. bfZ = Monate an beitragsfreien Zeiten  
 Mon. RbZ = Monate an Rentenbezugszeiten

272 Bei der Vergleichsbewertung werden im Zähler die Summe der Entgeltpunkte aus der Grundbewertung um die Entgeltpunkte für beitragsgeminderte Zeiten sowie für Berücksichtigungszeiten, die auch beitragsfreie Zeiten sind, und im Nenner die belegungsfähigen Monate zusätzlich um die beitragsgeminderten Zeiten gemindert. Die Formel für die Vergleichsbewertung ist daher:

$$\text{Glw} = \frac{\text{EP nach Grundbewertung} - \text{EP aus bgZ} - \text{EP aus Berücksichtigung, die BfZ sind}}{\text{Mon. bZ} - \text{Mon. bfZ} - \text{Mon. bgZ} - \text{RbZ}}$$

EP = Entgeltpunkte  
 bgZ = beitragsgeminderte Zeiten  
 bfZ = beitragsfreien Zeiten  
 Glw = Gesamtleistungswert je Monat  
 Mon. bZ = Monate an belegungsfähiger Zeit

Mon. bfZ = Monate an beitragsfreien Zeiten  
 Mon. bgZ = Monate an beitragsgeminderten Zeiten  
 Mon. Rbz = Monate an Rentenbezugszeiten

273 Bei beitragsgeminderten Zeiten ist der jeweils höchste Entgeltpunktwert für die Rentenberechnung maßgebend. Ergibt sich aus der Vergleichsbewertung eine höhere Anzahl von Entgeltpunkten als Entgeltpunkte für Beitragszeiten, erhalten beitragsgeminderte Zeiten einen Zuschlag an Entgeltpunkten, so dass mindestens der Entgeltpunktwert erreicht wird, den diese Zeiten als beitragsfreie Zeiten nach der Vergleichsbewertung hätten.

### **Begrenzte Gesamtleistungsbewertung**

274 Die beitragsfreien (und ggf. beitragsgeminderten) Anrechnungszeiten für fachschulische und berufliche Ausbildung erhalten nicht den vollen Gesamtleistungswert (begrenzte Gesamtleistungsbewertung). Der für sie ermittelte Gesamtleistungswert wird auf 75% begrenzt. Zudem darf der begrenzte Gesamtleistungswert für die Ausbildungs-Anrechnungszeiten 75% des Durchschnittsentgelts, also 0,0625 Entgeltpunkte im Monat, nicht übersteigen.

275 Bei der Begrenzung des Gesamtleistungswerts für die Ausbildungs-Anrechnungszeiten haben sich allerdings in der Zeit von 1997 bis 2001 Besonderheiten ergeben. Für schulische und berufliche Ausbildungszeiten haben bei Rentenbeginn in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis zum 31. Dezember 2000 höherer Begrenzungswerte für den Gesamtleistungswert als 75% bzw. höchstens 0,0625 Entgeltpunkte für jeden Monat gegolten. Bei Beginn der Rente im Januar 1997 wurden diese Zeiten noch mit einem nur auf 91% begrenztem Gesamtleistungswert bzw. höchstens 0,0758 Entgeltpunkte für jeden Monat bewertet. Mit jedem Monat, um den die Rente später begonnen hat, hat sich der Begrenzungssatz um 0,3333 Prozentpunkte bzw. der maximal berücksichtigungsfähige Entgeltpunktwert um 0,0002 bis 0,0003 Punkte verringert. Bei Rentenbeginn ab dem Jahr 2001 waren dann schließlich die Begrenzungswerte 75% bzw. höchstens 0,0625 Entgeltpunkte erreicht.

276 Für Zeiten der Arbeitslosigkeit, die vor dem 1. Juli 1978 mangels Beitragszahlung generell als Anrechnungszeiten gelten, sowie für die in der Zeit vom 1. Januar 1982 bis zum 31. Dezember 1997 zurückgelegten Zeiten der Arbeitslosigkeit oder Krankheit, die nach der hier vorgesehenen Übergangsregelung auch bei einer Zahlung von Pflichtbeiträgen wegen des

Bezugs von Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Krankengeld) Anrechnungszeiten sind, ist der Gesamtleistungswert auf 80% begrenzt.

### **Anrechnungszeiten ohne Bewertung**

277 Nach den mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz im Bereich der Anrechnung und Bewertung von beitragsfreien Zeiten vorgenommenen Neuregelungen werden die beitragsfrei anzurechnenden Zeiten der Arbeitslosigkeit und Krankheit ohne Leistungsbezug (z. B. ohne Zahlung von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Krankengeld) nicht mehr mit einem Gesamtleistungswert bewertet. Diese Zeiten haben damit keine unmittelbar rentensteigernde Wirkung mehr. Da durch diese Zeiten Lücken in der Versicherungsbiographie geschlossen werden, weil es hierbei – wenn auch ohne Bewertung – um anrechenbare Versicherungszeiten handelt, können sie mittelbar aber den Wert anderer beitragsfreien Zeiten (z. B. Schwangerschaft oder Mutterschaft während der Schutzfristen) erhöhen.

278 Mit dem Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung ist ebenfalls die Bewertung der Zeiten allgemein schulischer Ausbildung (Zeiten der Schul- und Hochschulausbildung) für die ab dem 1. Januar 2009 zugehenden Renten aufgehoben worden. Bei den zwischen Januar 2005 und Dezember 2008 zugehenden Renten werden diese Zeiten grundsätzlich noch bewertet, jedoch nicht mehr in der Höhe wie dies bei den bis Ende 2004 zugehenden Renten der Fall gewesen ist. Der sich nach den bis Ende 2004 geltenden Regelungen ergebende Höchstwert aus der Gesamtleistungsbewertung (75% des Gesamtleistungswerts, höchsten 0,0625 Entgeltpunkte pro Monat) wird für jeden Monat, den die Rente nach Januar 2005 beginnt, um 1/48 verringert, so dass bei einem Rentenbeginn ab Januar 2009 dann eine rentensteigernde Bewertung von Zeiten einer allgemeinen Schulausbildung sowie einer Fachhochschul- oder Hochschulausbildung entfällt. Keine Änderungen haben sich dagegen bei der Anrechnung von Ausbildungs-Anrechnungszeiten ergeben. Sie sind weiterhin in einem Umfang von bis zu 8 Jahren anrechenbar.

279 Auch die mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vorgesehene Regelung, wonach die als Anrechnungszeit anrechenbaren Zeiten der Arbeitslosigkeit und Krankheit ohne Leistungsbezug (Zeiten der Arbeitslosigkeit ohne Bezug

von Arbeitslosenhilfe oder Arbeitslosengeld II oder Zeiten der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit ohne Bezug von Krankengeld) nicht mehr mit einem Gesamtleistungswert bewertet werden, hat im Ergebnis erst für die Renten Anwendung gefunden, die nach dem Jahr 2000 begonnen haben. Bei Beginn der Rente im Januar 1997 wurden diese Zeiten noch mit einem auf 84% begrenztem Gesamtleistungswert bewertet. Mit jedem Monat, den die Rente später begonnen hat, hat sich dieser Begrenzungsprozentsatz allerdings um 1,75 Prozentpunkte verringert, so dass für die Renten, die ab dem Jahr 2001 begonnen haben bzw. beginnen der Gesamtleistungswert auf „0“ reduziert ist.

280 Der volle Gesamtleistungswert kommt somit lediglich bei der Zurechnungszeit, bei Ersatzzeiten, bei Anrechnungszeiten wegen Schwangerschaft bzw. Mutterschaft, Anrechnungszeiten wegen Bezugs einer Rente oder einer entsprechenden Leistung der knappschaftlichen Rentenversicherung und bei der pauschalen Anrechnungszeit zum Tragen.

### Erhöhung des Gesamtleistungswerts durch Zeiten der Berufsausbildung

281 Seit dem 1. Januar 2002 kommen Zeiten der beruflichen Ausbildung insoweit rentensteigernde Bedeutung zu, als diese Zeiten die Bewertung der im Übrigen anzurechnenden beitragsfreien Zeiten (z. B. Zeiten des Besuchs einer Fachschule oder Zurechnungszeiten) verbessern können. Denn sie sind bei der Ermittlung des Gesamtleistungswerts für die im übrigen anzurechnenden und zu bewertenden beitragsfreien Zeiten generell mit dem Wert 0,0833/Monat – dies entspricht dem Wert eines Beitragsmonats mit versichertem Durchschnittsverdienst – zu berücksichtigen; d. h. für die Bewertung anderer beitragsfreier oder beitragsgeminderter Zeiten wird unterstellt, dass in Zeiten der beruflichen Ausbildung jeweils der Durchschnittsverdienst versichert worden wäre, selbst wenn der tatsächliche erzielte Verdienst in dieser Zeit weit niedriger gewesen ist.

282 Wenn auch die ersten 36 Monate an Zeiten einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vor dem vollendeten 25. Lebensjahr seit dem 1. Januar 2005 nicht mehr – gesetzlich bestimmt – als Zeiten einer beruflichen Ausbildung gelten und diese Zeiten somit nicht mehr als so genannte beitragsgeminderte Zeit nach der Vergleichsbewertung (Rdnr. 270, 272) eine rentensteigernde Höherbewertung erfahren, so hat der Gesetzgeber jedoch die Regelung beibehalten, dass die ersten 36 Monate an Zeiten einer versiche-

rungspflichtigen Beschäftigung vor dem vollendeten 25. Lebensjahr im Rahmen der Bewertung anderer beitragsfreier Zeiten stets als Zeiten einer beruflichen Ausbildung gelten.

283 Mit der Erhöhung des Gesamtleistungswerts durch Zeiten der beruflichen Ausbildung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, dass Versicherten auch dann eine angemessene Lohnersatzleistung erreichen können, wenn kurz nach Beendigung ihrer Ausbildung Invalidität eintritt.

### Beispiel

Nach Vollendung des 17. Lebensjahres 12 Monate Besuch einer allgemein bildenden Schule im Jahr 1994

Nach Vollendung des 18. Lebensjahres 12monatige Krankheitszeit im Jahr 1995

Nach Vollendung des 19. Lebensjahres 24 Monate Ausbildungsplatzsuche in den Jahren 1996 und 1997

Nach Vollendung des 21. Lebensjahres 24 Monate versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Jahresverdienst von 10.000 DM in den Jahren 1998 und 1999

Nach Vollendung des 23. Lebensjahres 36 Monate versicherungspflichtige Beschäftigung zur Berufsausbildung mit einer Ausbildungsvergütung von 3.600 Euro im Jahr in den Jahren 2000, 2001 und 2002

Nach Vollendung des 26. Lebensjahres 24 Monate versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Jahresverdienst von 12.000 Euro in den Jahren 2003 und 2004

Dezember 2004 schwerer Unfall

Beginn der Rente wegen voller Erwerbsminderung ab Januar 2005

### Ermittlung der Entgeltpunkte

12 Monate Besuch einer allgemein bildenden Schule: nicht zu bewertende Anrechnungszeit	0 Entgeltpunkte
--	-----------------

12monatige Krankheitszeit nicht zu bewertende Anrechnungszeit	0 Entgeltpunkte
---	-----------------

24 Monate Ausbildungsplatzsuche  
nicht zu bewertende  
Anrechnungszeit 0 Entgeltpunkte

24 Monate versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Jahresverdienst von 10.000 DM in den Jahren 1998 und 1999 0,3758 Entgeltpunkte

(Kein Zuschlag an Entgeltpunkten aus Vergleichsbewertung wegen gesetzlich fingierter Zeit einer Berufsausbildung, da insoweit die Rechtslage für Rentenzugänge ab Januar 2009 vorweggenommen wurde)

36 Monate versicherungspflichtige Beschäftigung zur Berufsausbildung mit einer Ausbildungsvergütung 7.041 DM in den Jahren 2000, 2001 und 3.600 Euro im Jahr 2002 0,3831 Entgeltpunkte

Zuschlag an Entgeltpunkten für 36 Monate beitragsgeminderte Zeiten wegen Beschäftigung zur Berufsausbildung 1,4997 Entgeltpunkte

24 Monate versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Jahresverdienst von 12.000 Euro in den Jahren 2003 und 2004 0,8225 Entgeltpunkte

Zuschlag an Entgeltpunkten für 1 Monat beitragsgeminderte Zeiten wegen des Zusammentreffens von versicherungspflichtiger Beschäftigung und Zurechnungszeit im Monat Dezember 2004 0,0354 Entgeltpunkte

384 Monate Zurechnungszeit (384x0,0697) 26,7648 Entgeltpunkte

Entgeltpunkte insgesamt 29,8813 Entgeltpunkte

Betrag der Erwerbsminderungsrente = 29,8813 (Summe der Entgeltpunkte) x 0,892 (Zugangsfaktor) x 1 (Rentenartfaktor) x 26,13 Euro (aktueller Rentenwert) = 696,47 Euro

Ohne die Regelung, dass Zeiten einer zur Berufsausbildung ausgeübten Beschäftigung sowie

stets die ersten 36 Monate an Zeiten einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vor dem vollendeten 25. Lebensjahr bei der Bewertung beitragsfreier Zeiten mit dem Durchschnittsverdienst (0,0833 Entgeltpunkte für jeden dieser Monate) zu berücksichtigen sind, würden sich im Beispielsfall

für die 36 Monate an beitragsgeminderten Zeiten wegen Beschäftigung zur Berufsausbildung nur ein Zuschlag von 0,1245 Entgeltpunkten,

für den 1 Monat an beitragsgeminderter Zeit wegen des Zusammentreffens von versicherungspflichtiger Beschäftigung und Zurechnungszeit im Monat Dezember 2004 kein Zuschlag an Entgeltpunkten und

für die 384 Monate an Zurechnungszeit nur 7,2192 Entgeltpunkte ergeben. Wegen der geringeren Zuschläge an Entgeltpunkten für beitragsgeminderte Zeiten und der geringeren Entgeltpunkte für die beitragsfreie Zurechnungszeit würde sich der monatliche Rentenbetrag dann nur auf 208,03 Euro (8,9251 Entgeltpunkte x 0,892 x 26,13 Euro) belaufen.

### Zugangsfaktor (persönliche Entgeltpunkte)

284 Die persönlichen Entgeltpunkte ergeben sich durch Vervielfältigung der Entgeltpunkte mit dem jeweiligen Zugangsfaktor. Mit dem Zugangsfaktor werden Vorteile bzw. Nachteile, die sich durch die unterschiedliche Bezugsdauer bei früherem bzw. späterem Beginn einer Altersrente ergeben, ausgeglichen. Der Zugangsfaktor beträgt 1,0, wenn eine Rente mit Erreichen der jeweils maßgeblichen Altersgrenze erstmals beginnt. Dies ist bei der Regelaltersrente stets das 65. Lebensjahr.

285 Bei Rentenbeginn bis zum 31. Dezember 1999 ist bei der Altersrente für Frauen stets das 60. Lebensjahr und bei der Altersrente für langjährig Versicherte stets das 63. Lebensjahr die maßgebliche Altersgrenze. Bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist bei einem Rentenbeginn bis zum 31. Dezember 2000 stets das 60. Lebensjahr die maßgebliche Altersgrenze. Beginnend ab dem Jahr 2000 bzw. bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ab dem Jahr 2001 sind die maßgeblichen Altersgrenzen für diese Rentenarten angehoben worden, für die Altersrente für Frauen und für die



Altersrente für langjährig Versicherte schrittweise auf das 65. Lebensjahr sowie für die Altersrente für schwerbehinderte Menschen schrittweise auf das 63. Lebensjahr.

286 Mit der schrittweisen Anhebung der Altersgrenze für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit wurde bereits ab dem Jahr 1997 begonnen, also für die Versicherten, die den Geburtsjahrgängen ab 1937 angehören. Die Anhebung der Altersgrenze für die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit ist damit bereits seit Dezember 2001 abgeschlossen. Für die Versicherten, die im Dezember 1941 oder später geboren sind, beträgt bei dieser Rentenart der Zugangsfaktor grundsätzlich also nur dann 1,0, wenn die Rente erst ab Alter 65 in Anspruch genommen wird.

287 Verschiebt der Versicherte den Rentenbeginn über das 65. Lebensjahr hinaus, erhöht sich der Zugangsfaktor für jeden Monat, in dem die Rente noch nicht in Anspruch genommen worden ist, um 0,5%. Ein Hinausschieben des Rentenbeginns um ein Jahr erhöht den Anspruch somit um 6%. Der Zugangsfaktor beträgt dann 1,06 und die Rente 106% des bei regulärem Beginn zustehenden Werts.

288 Für jeden Monat, für den eine Altersrente vor der maßgeblichen Altersgrenze in Anspruch genommen wird, mindert sich der Zugangsfaktor von 1,0 um 0,003 Punkte, also um 0,3% für jeden Monat und damit 3,6% für jedes Jahr der vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrente. Nimmt also bspw. eine Frau, die im Jahr 1945 geboren ist, die Altersrente für Frauen bereits mit dem 60. Lebensjahr (im Jahr 2005) in Anspruch, obwohl die für sie maßgebliche Altersgrenze um 5 Jahre (60 Monate) angehoben worden ist, beträgt der Zugangsfaktor 0,82 (1 – 60 x 0,003).

289 Die Rentenminderung bezieht sich nur auf die tatsächlich in Anspruch genommene Rente. Wird nur eine Teilrente in Anspruch genommen, wird nur der Teil der Entgeltpunkte, die der vorzeitig in Anspruch genommenen Rente zugrunde liegen, mit dem entsprechend niedrigeren Zugangsfaktor vervielfältigt. Der niedrigere Zugangsfaktor gilt im Todesfall auch für eine hiervon abgeleitete Hinterbliebenenrente.

290 Der niedrigere Zugangsfaktor gilt darüber hinaus nur für die Zeit, für die die Altersrente tatsächlich vorzeitig in Anspruch genommen worden ist. Wird der vorzeitige Bezug der Altersrente unterbrochen,

weil z. B. eine neue Beschäftigung aufgenommen wurde, erhöht sich der Zugangsfaktor für eine später beginnende Altersrente wieder, und zwar für jeden Monat, für den die erste Altersrente nicht mehr vorzeitig in Anspruch genommen worden ist, um 0,003. Auch wird für die Monate, um die der Todesfall vor Erreichen der maßgeblichen Altersgrenze eintrat, der für die Hinterbliebenenrente maßgebende Zugangsfaktor für jeden Monat, den die Altersrente nicht mehr vorzeitig in Anspruch genommen worden ist, um 0,003 erhöht.

291 Zur Angleichung der Höhe der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit an die der vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrente für schwerbehinderte Menschen müssen Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für jeden Kalendermonat eines Rentenbeginns vor Vollendung des 63. Lebensjahres einen Abschlag von 0,3%, höchstens von 10,8%, auf die ihrer Rente zugrunde liegenden Entgeltpunkte hinnehmen. Der einmal berechnete Abschlag auf die Entgeltpunkte, die der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zugrunde liegen, wirkt bei ununterbrochenem Rentenbezug für diese Entgeltpunkte auch in einer sich anschließenden Altersrente fort. Insoweit ist es unerheblich, ob der Versicherte z. B. von einer vollen Erwerbsminderungsrente mit Vollendung des 60., des 63. oder des 65. Lebensjahres in eine Altersrente wechselt.

292 Mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind auch bei den Renten wegen Erwerbsminderung Abschläge eingeführt worden, wenn diese Renten vor dem 63. Lebensjahr, also der maßgeblichen Altersgrenze für die Rente für schwerbehinderte Menschen, beginnen. Die Angleichung der Höhe der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit an die der vorzeitig in Anspruch genommenen Altersrente für schwerbehinderte Menschen hat der Gesetzgeber als notwendig erachtet, um Ausweichreaktionen von den Altersrenten, die nur bei Inkaufnahme von Abschlägen vorzeitig in Anspruch genommen werden können, in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken. Die nach der konkreten Betrachtungsweise (Rdnr. 142 und 147) weiterhin gegebene Möglichkeit, bei verhältnismäßig geringfügigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu beziehen, würde ohne eine Angleichung der Rentenhöhe zu den befürchteten Ausweichreaktionen führen, weil bereits durch eine nur kurzfristige Inanspruchnahme



einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung der Abschlag, mit dem eine vorzeitige Altersrente belegt ist, umgangen werden könnte. So könnte z. B. im Extremfall ein Versicherter im Alter von 59 Jahren und 11 Monaten – ergänzt durch Erwerbseinkommen oder auch durch Arbeitslosengeld – für einen Monat eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung – abschlagsfrei – in Anspruch nehmen. Die danach ab Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch genommene Altersrente müsste dann ebenfalls mit dem Zugangsfaktor 1,0 und damit abschlagsfrei geleistet werden.

293 Eine Minderung der Abschlagswirkung in einer sich anschließenden Rente kann sich aber dann ergeben, wenn der Versicherte für Zeiten nach Vollendung des 60. Lebensjahres eine Rente – sei es nun eine Erwerbsminderungs-, eine Erziehungs- oder Altersrente – nicht bezieht. In diesem Fall erhöht sich der Zugangsfaktor für jeden Monat, für den die diese Renten nicht mehr vorzeitig in Anspruch genommen werden, um ebenfalls 0,003.

294 Legt der Versicherte nach Beginn einer Erwerbsminderungsrente noch rentenrechtliche Zeiten, insbesondere Beitragszeiten zurück, die bei der Berechnung der Erwerbsminderungsrente noch nicht berücksichtigt wurden, werden diese Zeiten bei der Berechnung einer sich anschließenden Rente erstmals bewertet, d. h. für sie werden erstmals Entgeltpunkte ermittelt. Ob und in welcher Höhe sich für die in diesen Zeiten erworbenen Entgeltpunkte „Abschläge“ ergeben, richtet sich ausschließlich nach der Rentenart und dem Alter des Versicherten bei Beginn der anderen Rente. Beginnt z. B. im Anschluss an eine (Teil-)Erwerbsminderungsrente eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen nach Vollendung des 63. Lebensjahres des Versicherten, so sind die erstmals berücksichtigten rentenrechtlichen Zeiten nicht mit einem „Abschlag“ belegt. Bei dem verringerten Zugangsfaktor für die Entgeltpunkte, die der (Teil-)Erwerbsminderungsrente zugrunde liegen gelegen haben, verbleibt es allerdings.

295 Weil die aus der Versicherung des verstorbenen Versicherten zu erbringenden Hinterbliebenenrenten sich aus der Rente ableiten, die der Versicherte selbst im Zeitpunkt des Eintritts des Todes erhalten hätte, ist für diese Renten der Zugangsfaktor maßgebend, der für den verstorbenen Versicherten maßgebend gewesen wäre, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Rente wegen voller Erwerbsminderung begonnen hätte.

## Rentenartfaktor

296 Der Rentenartfaktor bestimmt das Sicherungsziel der jeweiligen Rentenart im Verhältnis zu einer Altersrente. Der Rentenartfaktor beträgt für persönliche Entgeltpunkte bei

– Renten wegen Alters	1,0
– Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung	0,5
– Renten wegen Berufsunfähigkeit	0,6667
– Renten wegen voller Erwerbsminderung sowie Renten wegen Erwerbsunfähigkeit	1,0
– Erziehungsrenten	1,0
– kleinen Witwenrenten und kleinen Witwerrenten während des so genannten Sterbevierteljahrs, anschließend	1,0 0,25
– großen Witwenrenten und großen Witwerrenten während des so genannten Sterbevierteljahrs, anschließend	1,0 0,55
– und für großen Witwen- oder Witwerrenten, die vor dem 1. Januar 2002 begonnen haben, sowie große Witwen- oder Witwerrenten aus Ehen, die vor dem 1. Januar 2002 geschlossen worden sind, wenn einer der beiden Ehegatten vor dem 2. Januar 1962 geboren ist	0,6
– Halbweisenrenten	0,1
– Vollweisenrenten	0,2

## Aktueller Rentenwert

297 Der aktuelle Rentenwert entspricht dem monatlichen Betrag der Altersrente, der ohne Berücksichtigung eines besonderen Zugangsfaktors in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten durch Entrichtung eines jährlichen Durchschnittsbeitrags erreicht wird. Der aktuelle Rentenwert wird jährlich zum 1. Juli entsprechend dem Rentenanpassungssatz angehoben und bewirkt damit die weitere Dynamisierung der Renten und der Rentenanwartschaften entsprechend der allgemeinen Lohnentwicklung.

298 Für die alten Bundesländer wurde der aktuelle Rentenwert, also der Wert einer monatlichen Altersrente für ein Versicherungsjahr mit Durchschnittsbeiträgen, zum 1. Januar 1992 auf der Grundlage der dort im Dezember 1991 geltenden Rentenberech-

nungsformel der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ermittelt. Danach ergab sich für die alten Bundesländer ein aktueller Rentenwert von 41,44 DM für die Zeit ab dem 1. Januar 1992.

## **Aktueller Rentenwert Januar 1992 =**

**allgemeine Bemessungs-  
grundlage 1991 (33 149 DM) x 1,5 % = 41,44 DM**  
12

Das Ergebnis war auf die zweite Dezimalstelle zu runden.

Die Höhe der jeweils aus den in der Zeit 1957 bis 1991 geltenden allgemeinen Bemessungsgrundlagen ermittelten aktuellen Rentenwerten ergibt sich aus der Übersicht auf Seite 317.

299 Auf der Grundlage der ab 1. Januar 1992 geltenden Nettoanpassungsformel erfolgten in den alten Bundesländern Rentenanpassungen zum 1. Juli 1992, 1. Juli 1993, 1. Juli 1994, 1. Juli 1995, 1. Juli 1996, 1. Juli 1997, 1. Juli 1998 und 1. Juli 1999. Zum 1. Juli 2000 wurde der aktuelle Rentenwert in Höhe der Veränderung der Preisteuerungsrate des Vorjahres und zum 1. Juli 2001, zum 1. Juli 2002 sowie zum 1. Juli 2003 auf der Grundlage der mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz geänderten Rentenanpassungsformel (Rdnr. 335) angepasst. Die Anpassung zum 1. Juli 2004 wurde durch das 2. Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze ausgesetzt, um angesichts der Konjunktur bedingt schwierigen finanziellen Situation der Rentenversicherung den Beitragssatz von 19,5% ab dem Jahr 2004 beibehalten zu können. Mit der Rentenwertbestimmungsverordnung 2005 wurde der aktuelle Rentenwert ab 1. Juli 2005 in gleicher Höhe wie der für Juni 2005 geltende aktuelle Rentenwert festgesetzt. Denn die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltsumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer betrug im Jahr 2004 für die alten Ländern lediglich 0,12 v. H. Unter Berücksichtigung der vollen Wirkung der die Anpassung dämpfenden Faktoren wäre der aktuelle Rentenwert zum 1. Juli 2005 sogar auf 25,84 Euro gesunken. Aufgrund der im Gesetz vorgesehenen Schutzklausel war der ab Juli 2005 geltende aktuelle Rentenwert jedoch in gleicher Höhe festzusetzen wie der bis Juni 2005 geltende aktuelle Rentenwert. Für die Renten in den alten Bundesländern ist daher seit dem 1. Juli 2003 der aktuelle Rentenwert in Höhe von 26,13 Euro und

für Renten in den neuen Bundesländern seit dieser Zeit der aktuelle Rentenwert (Ost) in Höhe von 22,97 Euro maßgebend.

## **Berechnung der Witwen- und Witwerrenten**

300 Witwen- und Witwerrenten werden aus den Rentenanwartschaften des verstorbenen Versicherten errechnet. Maßgebend sind die persönlichen Entgeltpunkte des verstorbenen Versicherten, so dass sich auch ein Zugangsfaktor, der höher oder niedriger als 1 ist, auf die Witwenrente auswirken kann. Der Zugangsfaktor erhöht sich aber um den Wert von 0,003 für jeden Monat, den der Versicherte wegen Todes eine vorgezogene Altersrente vor Vollendung des 65 Lebensjahres nicht mehr bezogen hat.

301 Die kleine Witwenrente beträgt 25% der vollen Versichertenrente des Verstorbenen einschließlich einer Zurechnungszeit (Rentenartfaktor 0,25), die große Witwenrente 55% (Rentenartfaktor 0,55). Bei den großen Witwen- oder Witwerrenten, die vor dem 1. Januar 2002 begonnen haben, sowie bei den großen Witwen- oder Witwerrenten mit Rentenbeginn nach dem 31. Dezember 2001 an Witwen oder Witwern, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen worden ist und einer der beiden Ehegatten zu diesem Zeitpunkt das 40. Lebensjahr bereits vollendet hatte, also vor dem 2. Januar 1962 geboren ist, beträgt die Rente 60% der vollen Versichertenrente des Verstorbenen (Rentenartfaktor 0,6).

302 Diejenigen Witwen- und Witwerrenten, auf die nach dem neuen Hinterbliebenenrentenrecht der von 60% auf 55% abgesenkte Versorgungssatz anzuwenden ist, werden um Zuschläge an Entgeltpunkten erhöht, wenn die Witwe bzw. der Witwer Kinder erzogen hat und ihr bzw. ihm hierfür Kinderberücksichtigungszeiten angerechnet worden sind (Hinterbliebenenrente mit Kinderkomponente). Für die ersten 36 Kalendermonate an angerechneten Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung beträgt der Zuschlag 0,1010 Entgeltpunkte für jeden Monat und 0,0505 Entgeltpunkte für jeden weiteren Monat an Kinderberücksichtigungszeit. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Witwen und Witwer für die ersten 36 Monate (= 3 Jahre) an Kinderberücksichtigungszeiten einen Zuschlag an Rente erhalten, der dem Wert von 2 Entgeltpunkten entspricht. Für die jeweils nächsten 36 Monate (= 3 Jahre) an Kinderberücksichtigungszeiten entspricht der Zuschlag an Rente dann dem Wert von 1 Entgeltpunkt. Je Entgeltpunkt ergibt sich seit dem 1. Juli 2003 ein monatlicher Rentenzahlbe-

trag von 26,13 Euro in den alten Bundesländern und 22,97 Euro in den neuen Bundesländern.

303 Die neue Regelung führt für kinderlose Witwen bzw. Witwer zwar zu einer geringeren Rente als nach bisherigem Recht. Für eine Witwe mit durchschnittlicher Witwenrente, der für mindestens 36 Monate Kinderberücksichtigungszeiten angerechnet worden sind, wird die Absenkung des Versorgungssatzes von 60% auf 55% durch den Zuschlag an Entgeltpunkten wegen Kindererziehung ausgeglichen. Je nach Höhe der Rente des Verstorbenen und nach der Anzahl der erzogenen Kinder kann sich nach neuem Hinterbliebenenrentenrecht auch eine höhere Witwen- bzw. Witwerrente als nach bisherigem Recht ergeben. Maximal kann es sogar zur Weiterzahlung der vollen Rente des Verstorbenen kommen.

304 Während des so genannten Sterbevierteljahrs, d. h. bis zum Ablauf des 3. Kalendermonats nach Ablauf des Monats, in dem der Ehegatte verstorben ist, wird sowohl die kleine als auch die große Witwenrente in Höhe der vollen Versichertenrente gezahlt (Rentenartfaktor 1). Für die Zeit, in der der Rentenartfaktor 1,0 beträgt, wird ein Zuschlag an Entgeltpunkten aus den bei der Witwe bzw. dem Witwer angerechneten Kinderberücksichtigungszeiten nicht gewährt. Einem früheren (geschiedenen) Ehegatten mit Anspruch auf Hinterbliebenenrente steht ein solches Sterbevierteljahr nicht zu.

305 Grundsätzlich werden bei Witwen- und Witwerrenten die der Versichertenrente des Verstorbenen zugrunde liegenden persönlichen Entgeltpunkte neu bestimmt, was nicht nur im Hinblick auf einen möglicher Weise abweichenden Zugangsfaktor, sondern auch im Hinblick auf zwischenzeitlich eingetretene Rechtsänderungen von Bedeutung sein kann. Eine Besitzschutzregelung stellt aber sicher, dass in den Fällen, in denen der verstorbene Versicherte bereits eine Versichertenrente bezogen hat und die Hinterbliebenenrente spätestens innerhalb von 24 Kalendermonaten nach Ende des Bezugs dieser Rente beginnt, ihr mindestens die bisherigen persönlichen Entgeltpunkte des verstorbenen Versicherten zugrunde zu legen sind.

306 Hat ein Versicherter mehrmals geheiratet und deshalb aus einer früheren Ehe und einer anschließenden Ehe mehrere Witwen bzw. Witwer mit Anspruch auf Witwen-/Witwerrente hinterlassen, werden diese im Verhältnis der jeweiligen Ehedauern aufgeteilt.

307 Das Hinterbliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetz hat mit Wirkung vom 1. Januar 1986 die vom Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 12. März 1975 geforderte Gleichstellung von Witwen und Witwern bei den Hinterbliebenenrenten geschaffen. Gleichzeitig wurde aus Gründen der Kostenneutralität die Berücksichtigung eigenen Einkommens bei den Witwen- und Witwerrenten vorgesehen, sobald dieses einen bestimmten Freibetrag übersteigt. Diese Gleichstellung bzw. Einkommensanrechnung gilt aber nur, wenn der Todesfall nach In-Kraft-Treten des Gesetzes eingetreten ist bzw. die Hinterbliebenenrente nicht aufgrund einer von den Ehegatten bis Ende 1988 abgegebenen gemeinsamen Erklärung nach dem bis zum 31. Dezember 1985 geltenden Recht zu zahlen ist, wonach zusätzlich bezogenes Einkommen keine Auswirkung auf die Höhe der Hinterbliebenenrenten hatte, dafür aber regelmäßig nur die Witwe und nicht der Witwer rentenberechtigt war. Ausgenommen von der Einkommensanrechnung ist außerdem die im so genannten Sterbevierteljahr gezahlte Witwen- bzw. Witwerrente.

#### **Anrechnung von Einkommen bei Witwen- und Witwerrenten**

308 Angerechnet wird 40% des Einkommens, das einen bestimmten Freibetrag übersteigt. Dieser beträgt bei Witwen- bzw. Witwerrenten das 26,4fache des aktuellen Rentenwerts, also seit dem 1. Juli 2003 689,83 Euro/Monat in den alten Bundesländern und 606,41 Euro/Monat in den neuen Bundesländern, zuzüglich eines Betrages in Höhe des 5,6fachen des aktuellen Rentenwerts (seit dem 1. Juli 2003 = 146,33 Euro/Monat in den alten Bundesländern und = 128,63 Euro/Monat in den neuen Bundesländern) für jedes waisenrentenberechtigten Kind des Berechtigten. Durch die Anbindung der Freibeträge an den aktuellen Rentenwert bzw. aktuellen Rentenwert (Ost) ist sichergestellt, dass die Freibeträge zum 1. Juli eines Jahres mit dem gleichen Prozentsatz angepasst werden wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung.

309 Nach dem bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Hinterbliebenenrentenrecht wurden nur bestimmte Einkommensarten, nämlich Erwerbseinkommen und Erwerbsersatz Einkommen angerechnet. Nicht angerechnet wurden Zusatzleistungen (z. B. Steigerungsbeträge aus Beiträgen der Höherversicherung oder Leistungen der betrieblichen Altersversorgung), Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung oder

Verpachtung sowie aus privaten Unfall- oder Lebensversicherungen, Wohngeld, Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe und ähnliche Leistungen wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz sind die Ungerechtigkeiten hinsichtlich der Anrechnung von Einkünften auf die Hinterbliebenenrente beseitigt worden.

310 Seit dem 1. Januar 2002 sind grundsätzlich alle Einkunftsarten (auch Vermögenseinkünfte) anzurechnen. Vom Gesetzgeber wurden die bisherigen Beschränkungen auf Einkommen aus Erwerbstätigkeit sowie aus Versichertenrenten der Rentenversicherung und Versorgungsbezügen sozialpolitisch als sehr unbefriedigend und auch als mit der Unterhaltersatzfunktion der Witwen- und Witwerrenten nicht vereinbar erachtet. Als einziges eigenes Einkommen sind Renten aus der geförderten, zusätzlichen Altersversorgung von der Einkommensanrechnung ausgenommen worden, die ja gerade dazu bestimmt sind, zusammen mit der gesetzlichen Rente ein gutes Auskommen im Alter zu sichern.

311 Wie schon bei den übrigen mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz vorgenommenen Änderungen im Hinterbliebenenrentenrecht ist vom Gesetzgeber auch hinsichtlich der Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten bei den Hinterbliebenenrenten dem Vertrauensschutz Rechnung getragen worden. Die bis zum 31. Dezember 2001 geltende Regelung, nach der nur Erwerbseinkommen und Erwerbsersatz Einkommen zu den anzurechnenden Einkünften gehören, gilt weiterhin für alle Witwen- und Witwerrenten, die vor dem 1. Januar 2002 begonnen haben, sowie für alle Witwen- oder Witwerrenten mit Rentenbeginn nach dem 31. Dezember 2001 an Witwen oder Witwern, deren Ehe vor dem 1. Januar 2002 geschlossen worden ist und zu diesem Zeitpunkt einer der beiden Ehegatten das 40. Lebensjahr bereits vollendet hatte, also vor dem 2. Januar 1962 geboren ist.

312 Wie bereits nach den bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Regelungen über die Einkommensanrechnung, gilt auch weiterhin, dass nur eigenes Einkommen, nicht also etwa „abgeleitete“ Hinterbliebenenrenten, angerechnet wird. So weit in Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung oder in Ruhegehältern aus einer Beamtenversorgung wegen der „Bifunktionalität“ dieser Rente (Renten mit Grundversorgungs- und Zusatzversorgungsziel) eine Zusatzleistung enthalten ist, sieht das Gesetz einen entsprechenden Abzug von der anzurechnenden Rente oder Versorgung vor.

313 Für die Einkommensanrechnung maßgebend ist ein pauschalierter Nettobetrag, also der Bruttobetrag abzüglich eines bestimmten, entsprechend der durchschnittlichen Steuer- und Sozialabgabenbelastung festgesetzten Pauschalwerts, bzw. bei Erwerbsersatz einkommen abzüglich des vom Empfänger selbst zu tragenden Beitragsanteils zur Kranken- und Pflegeversicherung. Anrechnungsfrei ist bei Unfallrenten auch der Betrag, der bei gleicher Erwerbsminderung als Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz gezahlt würde. Das Bundesverfassungsgericht hat im Jahr 1998 zwar entschieden, dass die gesetzlichen Bestimmungen über die Einkommensanrechnung in der Hinterbliebenenversorgung mit dem Grundgesetz vereinbar sind, gleichzeitig hat es aber den Gesetzgeber aufgefordert, die Höhe des Pauschalabzugs zur Ermittlung des fiktiven Nettoeinkommens für die Zukunft zu überprüfen.

314 Dieser Aufforderung durch das Bundesverfassungsgericht ist der Gesetzgeber nachgekommen. Mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz sind die Pauschalabzüge mit Wirkung vom 1. Januar 2002 an die tatsächlichen Gegebenheiten angepasst worden. Welche Einkommen im Einzelnen auf die Hinterbliebenenrente angerechnet werden und in welchem Umfang diese Einkommen zu kürzen sind, kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

**Maßgebende Werte für am 31. Dezember 2001 bereits gezahlte Hinterbliebenenrenten sowie Witwen- bzw. Witwerrenten mit Rentenbeginn nach dem 31. Dezember 2001 bei vor dem 1. Januar 2002 erfolgten Eheschließungen, wenn mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren ist**

Art des Einkommens	Abzüge
<b>Erwerbseinkommen:</b>	
Arbeitsentgelt	40 %
Bezüge von Beamten, Richtern, Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit, DO-Angestellten	27,5 %
Arbeitseinkommen	39,8 %
Bezüge der Minister u. parlamentarische Staatssekretäre	27,5 %
Entschädigungen der Abgeordneten	27,5 %
Vorruhestandsgelder	40 %
Überbrückungsgelder vom Arbeitgeber	40 %
<b>Kurzfristiges Erwerbsersatz einkommen:</b>	
Krankengeld	Beitragsanteil*
Verletztengeld	Beitragsanteil*
Versorgungskrankengeld	–
Mutterschaftsgeld	–
Übergangsgeld	–
Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Konkursausfallgeld	–
Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld	40 %
Überbrückungsgeld der Seemannskasse	Beitragsanteil*
Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten	–
<b>Dauerhaftes Erwerbsersatz einkommen:</b>	
Renten aus eigener Versicherung aus der RV der Angestellten und Arbeiter	Beitragsanteil**

Renten aus eigener Versicherung aus der knappschaftlichen Rentenversicherung	Beitragsanteil** und 25 %
Renten aus eigener Versicherung der landwirtschaftlichen Alterskasse	Beitragsanteil**
Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung	–
Ruhegehalt und vergleichbare Bezüge sowie Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten	42,7 %
Unfallruhegehalt und vergleichbare Bezüge sowie vergleichbare Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten	42,7 %
Renten der berufsständischen Versorgung	25,3 %
Berufsschadensausgleich nach dem Bundesversorgungsgesetz und anderen Gesetzen	–

**Maßgebende sowie ergänzte Werte für ebenfalls zu berücksichtigendes Einkommen bei Witwen- bzw. Witwerrenten mit Rentenbeginn nach dem 31. Dezember 2001 aufgrund von nach dem 31. Dezember 2001 erfolgten Eheschließungen sowie aufgrund von vor dem 1. Januar 2002 erfolgten Eheschließungen, wenn beide Ehegatten nach dem 1. Januar 1962 geboren sind**

<b>Dauerhaftes Erwerbserwerbszinkommen:</b>	
Renten aus eigener Versicherung aus der knappschaftlichen Rentenversicherung	nur Beitragsanteil**
Ruhegehalt und vergleichbare Bezüge sowie Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten	nur 23,7 %
Unfallruhegehalt und vergleichbare Bezüge sowie vergleichbare Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten	nur 23,7 %
Renten der berufsständischen Versorgung	nur 23,8 %
<b>Vermögenseinkommen:</b>	
Kapitalvermögen	25,0 %
Vermietung und Verpachtung	25,0 %
Private Veräußerungsgeschäfte	25,0 %
<b>Betriebliche Altersversorgung:</b>	
Aus einer Direktzusage oder über eine Unterstützungskasse	23,7 %
Aus einer Direktversicherung oder von einer Pensionskasse	12,7 %

\* Anteil der vom Rentenberechtigten zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und BA.

\*\* Beitrag des Rentenberechtigten zur Krankenversicherung abzüglich Zuschuss des RV-Trägers zu den Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung.

315 Als monatliches Einkommen gilt bei Erwerbseinkommen sowie beim kurzfristigen Erwerbserwerbszinkommen grundsätzlich das durchschnittliche Vorjahreseinkommen einschließlich etwaiger Sonderzahlungen wie z. B. Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld. Ausnahmsweise wird anstelle des Vorjahreseinkommens das laufende Erwerbserwerbszinkommen oder kurzfristige Erwerbseinkommen zugrunde gelegt, wenn dieses um wenigstens 10% niedriger ist. Bei dem dauerhaften Erwerbserwerbszinkommen wie z. B. den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist demgegenüber stets vom laufenden Einkommen auszugehen.

316 Einkommensänderungen sind grundsätzlich erst vom nächstfolgenden 1. Juli an zu berücksichtigen.

Ausnahmsweise werden sie bereits vor dem nächstfolgenden 1. Juli berücksichtigt, wenn sie wenigstens 10% des bisher erzielten Einkommens ausmachen und nicht nur kurzfristig sind.

**Berechnung der Waisenrenten**

317 Die Waisenrenten setzen sich aus einem beitragsabhängigen Bestandteil (10% der Versichertenrente bei Halbweisen, 20% bei Vollweisen) und einem beitragsunabhängigen Zuschlag zusammen, dessen Bemessung mit dem Rentenreformgesetz 1992 stärker an der Versicherungsdauer des Verstorbenen orientiert worden ist.

318 Der Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten bei Waisenrenten richtet sich nach der Anzahl der Kalendermonate mit rentenrechtlichen Zeiten und dem Zugangsfaktor des verstorbenen Versicherten. Kalendermonate mit Beitragszeiten werden in vollem Umfang berücksichtigt; Kalendermonate mit sonstigen rentenrechtlichen Zeiten (beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten) in dem Verhältnis, in dem die Anzahl der Kalendermonate mit Beitragszeiten und Berücksichtigungszeiten zur Anzahl der belegungsfähigen Monate nach der Grundbewertung im Rahmen der Gesamtleistungsbewertung steht, also im Verhältnis (Beitrags- + Berücksichtigungszeiten) : (Gesamtzeit – beitragsfreie Zeiten).

319 Bei einer Halbweisenrente sind der Ermittlung des Zuschlags für jeden Kalendermonat 0,0833 Entgeltpunkte, also rd. 1 Entgeltpunkt pro Jahr zugrunde zu legen und bei einer Vollweisenrente 0,075 Entgeltpunkte, also 0,9 Entgeltpunkte pro Jahr, wenn der maßgebliche Zugangsfaktor 1,0 beträgt. Der Zuschlag ist so bemessen, dass er nach einem Versicherungsleben von 43 Jahren, die ein lückenlos Versicherter durch die Zurechnungszeit auch im Todesfall vor Vollendung des 60. Lebensjahres derzeit erreicht, bei Halbweisen seit dem 1. Juli 2003 112,36 Euro in den alten Bundesländern (98,77 Euro in den neuen Bundesländern) und bei Vollweisen 202,25 Euro in den alten Bundesländern (177,79 Euro in den neuen Bundesländern) betragen würde.

320 Um bei der Vollweisenrente auch das Versicherungsleben eines weiteren verstorbenen Versicherten (in der Regel der Mutter) zum Tragen zu bringen, wird der beitragsabhängige Bestandteil von 20% der Versichertenrente aus den Anwartschaften beider



Elternteile ermittelt. Der Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten wird hingegen nur aus den rentenrechtlichen Zeiten des Versicherten mit der höchsten Rente ermittelt. Auf den Zuschlag werden zudem die persönlichen Entgeltpunkte des verstorbenen Versicherten mit der zweithöchsten Rente, also in der Regel der Mutter, angerechnet. Im Ergebnis wirkt sich also die Ermittlung der Vollwaisenrente aus den Anwartschaften beider Elternteile nur dann zusätzlich rentenerhöhend aus, wenn der auf den zweiten Elternteil entfallende Bestandteil höher ist als der Zuschlag. War der zweite Elternteil Beamter oder gehörte er einer berufsständischen Versorgungseinrichtung an, werden die von den jeweiligen Versorgungssystemen gezahlten Waisengelder ebenfalls auf den Zuschlag angerechnet.

## Rentanpassung

321 Die Stellung der Rentner im Einkommensgefüge im Verhältnis zu den Erwerbstätigen wäre nicht gesichert, wenn die Renten nicht laufend entsprechend der Entgeltentwicklung angepasst würden. Diese Anpassung nicht nur der laufenden Renten, sondern auch der Anwartschaften auf künftige Renten, bildet seit 1957 das Kernstück der dynamischen Rentenformel.

322 Maßstab für die Rentenanpassung war ursprünglich das Bruttojahresarbeitsentgelt aller Versicherten der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten bezeichnet) ohne Lehrlinge und Anlernlinge, das jährlich entsprechend der Entwicklung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer fortgeschrieben wurde. Dabei wurde anfangs auf den um zwei Kalenderjahre zurückliegenden Dreijahreszeitraum abgestellt, also z. B. bei der Anpassung der Bestandsrenten zum 1. Januar 1960 auf das Verhältnis des Dreijahreszeitraums 1955 bis 1957 zum Dreijahreszeitraum 1954 bis 1956.

323 Diese zeitliche Verzögerung hatte zur Folge, dass die Rentenerhöhungen in den 60er und Anfang der 70er Jahre den Lohnerhöhungen nicht unerheblich hinterherhinkten. Zum Ausgleich wurde deshalb im Rahmen der Rentenreform 1972 die Rentenanpassung um ein halbes Jahr auf den 1. Juli vorgezogen. Diese Maßnahme musste dann aber 1979 wieder rückgängig gemacht werden, weil sie

bei rückgehenden Lohnsteigerungsraten und immer noch hohen Rentenanpassungen zu wachsenden Defiziten führte.

324 Aus Konsolidierungsgründen wurde zudem durch das 21. Rentenanpassungsgesetz in den Jahren 1979, 1980 und 1981 die Rentenanpassung unabhängig von der Lohnentwicklung mit den festen Sätzen von 4,5%, 4% und 4% festgeschrieben. Schließlich musste 1983 die Rentenanpassung nochmals um ein halbes Jahr vom 1. Januar 1983 auf den 1. Juli 1983 verschoben werden.

325 Im Zuge der Rentenanpassung 1984 erfolgte dann die Aktualisierung der Rentenanpassung, d. h. die Rentenanpassung entspricht seither der Lohnentwicklung des Vorjahres, was stärkere Abweichungen zwischen Renten- und Lohnentwicklung vermeidet.

326 Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 wurde als weitere Maßnahme der Grundsatz der gleichgewichtigen Entwicklung von Renten und verfügbaren Arbeitnehmerinkommen verankert. Dies wurde für eine Übergangszeit dadurch erreicht, dass die Rentner in den Jahren 1983 bis 1987 stufenweise an den Beiträgen für ihre Krankenversicherung bis zum halben Beitragssatz beteiligt wurden, so dass der Anstieg der verfügbaren Rente nach Abzug des von den Rentnern zu tragenden Krankenversicherungsbeitrages niedriger ausfiel als der Anstieg der Bruttorente. Wie die folgenden Übersichten zeigen, wurde durch diese Maßnahmen für die Zeit ab 1976 eine Stabilisierung des Nettorentenniveaus (Verhältnis einer Altersrente aus 45 Versicherungsjahren mit Durchschnittsverdienst ab Vollendung des 65. Lebensjahres nach Abzug des Eigenanteils am Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung zum Nettoeinkommen eines Arbeitnehmers mit Durchschnittsverdienst) und damit im Ergebnis eine Anpassung der Renten entsprechend der Entwicklung der Nettolöhne erreicht, nachdem das Nettorentenniveau in den Jahren zuvor von 61,2% im Jahre 1971 auf 73,8% im Jahre 1977 angestiegen war. Ohne diese Maßnahmen läge das Nettorentenniveau heute bei über 90% statt bei rd. 69%.

327 Um auch nach 1987 kein stetig ansteigendes Nettorentenniveau und zugleich eine Beteiligung der Rentner an den Belastungen aufgrund der demographischen Entwicklung zu erreichen, wurde mit dem Rentenreformgesetz 1992 zunächst zum Grundsatz der streng nettolohnbezogenen Rentenanpassung übergegangen.



**Bezugsgrößen der gesetzlichen Rentenversicherung in den alten Bundesländern**

Durchschnittliches Jahr	Veränd. gegenüber Vorjahr in %	Allgemeine Bemessungsgrundlage aktueller Rentenwert	bzw. Veränd. gegenüber Vorjahr in %	Renten- Anpassung <sup>2)</sup>		I.7. des Jahres in %	Bezugsgröße der Sozial- versicherung		Geringfü- gigkeits- grenze <sup>4b)</sup>		Beitragsbemessungsgrenze		KnRV	
				AR <sup>3)</sup>	ArV/AnV (6)		I.1. des Jahres in %	in DM <sup>6)</sup> Jahr	in DM <sup>6)</sup> Monat	in DM <sup>6)</sup> Jahr	in DM <sup>6)</sup> Monat	in DM <sup>6)</sup> Jahr		in DM <sup>6)</sup> Monat
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1957	5,043	4,281	5,35							93,75	9,000	750	12,000	1,000
1958	5,7	4,542	5,68	6,1						93,75	9,000	750	12,000	1,000
1959	5,1	4,812	6,02	5,94	6,1					100,00	9,600	800	12,000	1,000
1960	8,9	5,072	6,34	5,4	5,94					106,25	10,200	850	12,000	1,000
1961	10,2	5,325	6,66	4,99	5,4					112,50	10,800	900	13,200	1,100
1962	9,0	5,678	7,10	6,63	5,0					118,75	11,400	950	13,200	1,100
1963	6,1	6,142	7,68	8,17	6,6					125,00	12,000	1,000	14,400	1,200
1964	8,9	6,717	8,40	9,36	8,2					137,50	13,200	1,100	16,800	1,400
1965	9,0	7,275	9,09	8,31	9,4					150,00	14,400	1,200	18,000	1,500
1966	7,2	7,857	9,83	8,0	8,3					162,50	15,600	1,300	19,200	1,600
1967	6,3	8,490	10,61	8,06	8,0					175,00	16,800	1,400	20,400	1,700
1968	3,3	9,196	11,50	8,32	8,1					200,00	19,200	1,600	22,800	1,900
1969	9,2	11,839	12,23	8,33	8,3					212,50	20,400	1,700	24,000	2,000
1970	12,7	13,343	12,90	6,35	8,3					225,00	21,600	1,800	25,200	2,100
1971	11,9	14,931	13,71	6,29	6,35					237,50	22,800	1,900	27,600	2,300
1972	9,4	16,335	15,01	9,49	6,3		9,5			262,50	25,200	2,100	30,000	2,500
1973	12,0	18,295	13,371	16,71	6,3		11,35			287,50	27,600	2,300	33,600	2,800
1974	11,4	20,381	14,870	18,59	11,21		11,2			312,50	30,000	2,500	37,200	3,100
1975	7,0	21,808	16,520	20,65	11,0		11,1			350,00	33,600	2,800	40,800	3,400
1976	7,0	23,335	18,337	22,92	11,0		11,0			387,50	37,200	3,100	45,600	3,800
1977	6,9	24,945	20,161	25,20	11,0		9,9			425,00	40,800	3,400	50,400	4,200
1978	5,2	26,242	21,608	27,01	4,5					462,50	44,400	3,700	55,200	4,600
1979	5,5	27,685	21,068	26,34		4,5			1,850	500,00	48,000	4,000	60,000	5,000
1980	6,5	29,485	21,911	27,39	4,0	4,5			1,950	537,50	51,600	4,300	64,800	5,400
1981	4,8	30,900	22,787	28,48	4,0	4,0			2,000	575,00	54,000	4,600	69,600	5,800
1982	4,2	32,198	24,099	30,12	5,76				2,340	612,50	57,600	4,900	74,400	6,200
1983	3,4	33,293	25,445	31,81	5,59		5,59		2,580	650,00	60,000	5,200	79,200	6,600
1984	3,0	34,292	26,310	32,89	3,4		3,4		2,820	687,50	62,400	5,500	84,000	7,000
1985	2,9	35,286	27,099	33,87	3,0		3,0		3,060	725,00	64,800	5,800	88,800	7,400
1986	3,8	36,327	27,885	34,86	2,9		2,9		3,300	762,50	67,200	6,100	93,600	7,800
1987	3,0	37,726	28,945	36,18	3,0		3,0		3,540	800,00	69,600	6,400	98,400	8,200
1988	3,1	38,896	29,814	37,27	3,0		3,0		3,780	837,50	72,000	6,700	103,200	8,600
1989	3,0	40,063	30,709	38,39	3,0		3,0		4,020	875,00	74,400	7,000	108,000	9,000
1990	4,7	41,946	31,661	39,58	3,1		3,1		4,260	912,50	76,800	7,300	112,800	9,400
1991	5,9	44,421	33,149	41,44	4,7		4,7		4,500	950,00	79,200	7,600	117,600	9,800
1992	5,4	46,820	-	42,63	4,36		4,36		4,740	987,50	81,600	7,900	122,400	10,200
1993	2,8	48,178	-	44,49	4,36		4,36		5,000	1,025,00	84,000	8,200	127,200	10,600
1994	1,6	49,142	-	46,00	0,5		0,5		5,240	1,062,50	86,400	8,500	132,000	11,000
1995	3,1	50,665	-	46,23	0,5		0,5		5,480	1,100,00	88,800	8,800	136,800	11,400
1996	2,0	51,678	-	46,67	0,95		0,95		5,720	1,137,50	91,200	9,100	141,600	11,800
1997	4,1	52,143	-	47,44	1,65		1,65		5,960	1,175,00	93,600	9,400	146,400	12,200
1998	1,5	52,925	-	47,65	0,44		0,44		6,200	1,212,50	96,000	9,700	151,200	12,600
1999	1,1	53,507	-	48,29	1,34		1,34		6,440	1,250,00	98,400	10,000	156,000	13,000
2000	1,4	54,256	-	48,29	0,6		0,6		6,680	1,287,50	100,800	10,300	160,800	13,400
2001	0,8	55,216 (28,231 EUR)	-	49,51 (25,31 EUR)	1,91		1,91		6,920	1,325,00	103,200	10,600	165,600	13,800
2002	1,4	58,026 EUR	-	25,86 EUR	2,17				7,160	1,362,50	105,600	10,900	170,400	14,200
2003	1,1	58,958 EUR	-	26,13 EUR	1,04				7,400	1,400,00	108,000	11,200	175,200	14,600
2004	0,4	59,609 EUR <sup>7)</sup>	-	26,13 EUR	-				7,640	1,437,50	110,400	11,500	180,000	15,000
2005	-	29,304 EUR <sup>7)</sup>	-	26,13 EUR	-				7,880	1,475,00	112,800	11,800	184,800	15,400
2006	-	-	-	26,13 EUR	-				8,120	1,512,50	115,200	12,100	189,600	15,800

1) Entgelt 2002 u. 2003 = geschätzt  
 2) Die für das Jahr 1978 ausgewiesene allgemeine Bemessungsgrundlage gilt nur für Versicherungsfälle, die im ersten Halbjahr eingetreten sind; für das zweite Halbjahr gilt die Bemessungsgrundlage des Jahres 1979.  
 3) Spalte 8 gibt für das Jahr 1978 die Veränderung der allgemeinen Bemessungsgrundlage für das zweite Halbjahr 1978 gegenüber derjenigen für das Jahr 1977 an.  
 4) Der aktuelle Rentenwert vom 1992 ergibt sich aus der allgemeinen Bemessungsgrundlage nach der Formel:  $\text{allg. Bg.} \times 1,5\%$ .  
 5) Vom 01.01.2003 bis 31.03.2003: 325 EUR; vom 01.04.2003 bis 31.12.2003: 400 EUR  
 6) Ab dem Jahr 2002 Beträge in Euro  
 7) Beträge für 2005 und 2006 nur vorläufig

328 Seit Juli 1992 erfolgt die Rentenanpassung nicht mehr durch Gesetz, sondern durch eine mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassende Rechtsverordnung der Bundesregierung. Es ist vorgesehen, dass diese Rechtsverordnung jeweils bis zum 31. März eines Jahres den vom Juli des laufenden bis zum Juni des Folgejahres maßgebenden neuen aktuellen Rentenwert bestimmt.

## Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Rentenreformgesetz 1992

329 Die Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts richtet sich – anders als vor 1992 die Fortschreibung der allgemeinen Bemessungsgrundlage – nicht mehr allein nach der Entwicklung der Brutto- und -gehaltsumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im Vorjahr. Bei den Rentenanpassungen in den Jahren von 1992 bis 1999 wurden vielmehr auch die Belastungsveränderungen bei Arbeitsentgelten und Renten berücksichtigt. Damit wurde gewährleistet, dass die Renten wie die verfügbaren Arbeitnehmereinkommen gestiegen sind. Die Formel für die Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts in den Jahren 1992 bis 1999 lautete:

$$AR_t = AR_{t-1} \times (BE_{t-1} / BE_{t-2}) \times (NQ_{t-1} / NQ_{t-2}) \times (RQ_{t-2} / RQ_{t-1})$$

$$AR_t = \text{Aktueller Rentenwert ab 1. Juli des laufenden Kalenderjahres}$$

$$AR_{t-1} = \text{Aktueller Rentenwert vom 1. Juli des Vorjahres zum 30. Juni des laufenden Kalenderjahres}$$

$$BE_{t-1} = \text{Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt des vergangenen Jahres}$$

$$BE_{t-2} = \text{Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt des vorvergangenen Jahres}$$

$$NQ_{t-1} = \text{Nettoquote für Arbeitsentgelt nach der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des vergangenen Jahres}$$

$$NQ_{t-2} = \text{Nettoquote für Arbeitsentgelt nach der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des vorvergangenen Jahres}$$

$$RQ_{t-1} = \text{Rentennettoquote des vergangenen Jahres}$$

$$RQ_{t-1} = \text{Rentennettoquote des vorvergangenen Jahres}$$

## Rentenniveau

Jahr	Monatliche Rente <sup>1)</sup> bei 45 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren in DM/ab 2002 in EUR		Brutto- rentenniveau <sup>2)</sup>	Netto- rentenniveau <sup>2)</sup>
	brutto	netto		
1957	240,90	240,90	57,3	66,7
1958	240,90	240,90	54,2	63,8
1959	255,50	255,50	54,7	64,2
1960	270,70	270,70	53,2	63,2
1961	285,30	285,30	50,9	60,9
1962	299,60	299,60	49,1	59,0
1963	319,40	319,40	49,3	59,6
1964	345,50	345,50	49,0	59,5
1965	377,90	377,90	49,1	59,3
1966	409,30	409,30	49,6	60,7
1967	442,00	442,00	51,9	63,7
1968	477,60	468,00	52,9	64,5
1969	517,30	507,00	52,4	65,0
1970	550,20	550,20	49,5	63,9
1971	580,40	580,40	46,6	61,2
1972	616,90	616,90	47,5	64,2
1973	675,50	675,50	46,8	63,4
1974	752,20	752,20	46,8	64,1
1975	836,50	836,50	48,6	66,4
1976	929,30	929,30	50,4	70,7
1977	1031,50	1031,50	52,1	73,8
1978	1134,10	1134,10	51,9	72,7
1979	1185,10	1185,10	51,4	71,7
1980	1232,50	1232,50	50,2	71,1
1981	1281,80	1281,80	49,8	70,8
1982	1355,60	1355,60	50,5	72,7
1983	1431,30	1417,00	50,2	72,6
1984	1480,00	1435,60	50,9	73,4
1985	1524,40	1455,80	51,1	73,2
1986	1568,60	1487,04	50,7	71,6
1987	1628,20	1532,13	50,8	72,1
1988	1677,10	1578,15	51,0	71,8
1989	1727,40	1615,99	51,0	72,4
1990	1781,00	1667,01	50,2	67,6
1991	1864,70	1750,96	49,2	68,4
1992	1918,35	1798,46	48,5	68,2
1993	2002,05	1867,92	48,9	68,6
1994	2070,00	1931,31	49,7	71,0
1995	2080,35	1932,65	49,1	70,4
1996	2100,15	1941,59	49,2	70,6
1997	2134,80	1973,63	49,7	71,9
1998	2144,25	1980,22	49,6	71,6
1999	2173,05	2007,90	49,5	71,1
2000	2186,10	2019,96	49,2	70,4
2001	2227,55	2057,51	49,5	69,1
2002	1163,70	1072,35	48,3	68,9
2003	1175,85	1081,79	48,4	69,6
2004	1175,85	1074,25	48,6	67,9

1) für Juli; brutto; bei Durchschnittsverdienst

2) im Kalenderjahr; Brutto- bzw. Nettorente gemessen am Brutto- bzw. Nettoarbeitsentgelt

330 Mit dieser Formel wurde bewirkt, dass der sich aus der Entwicklung des Bruttoarbeitsentgelts ergebende Wert ggf. durch zwei Faktoren korrigiert wurde, um das Nettorentenniveau zu stabilisieren. Eine höhere Abgabenbelastung der aktiven Arbeitnehmer – etwa durch einen Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge oder der direkten Steuern – sollte den Anpassungssatz mindern. Bei der Berechnung der Nettoquote (Verhältnis von durchschnittlichem Nettoentgelt zu durchschnittlichem Bruttoentgelt) wurde von den Daten der Volkswirtschaftlichen

Gesamtrechnung ausgegangen. Entsprechend der mit dieser Rentenanpassungsformel verfolgten Zielsetzung, dass Nettorentenniveau auf dem Niveau des Jahres 1991 zu stabilisieren, hatte diese Rentenanpassungsformel auch den Belastungsveränderungen bei den Rentnern Rechnung zu tragen. Stieg der Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner oder wurden die Rentner ebenfalls durch die Einführung des Pflegeversicherungsbeitrags für Rentner belastet, so mussten diese Effekte anpassungserhöhend berücksichtigt werden. Daher wurde in diese Anpassungsformel als Kehrwert der Korrekturfaktor „Rentennettoquote“ ( $RQ_{t,2}/RQ_{t,1}$ ) eingeführt.

### **Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Rentenreformgesetz 1999**

331 Mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurde die – mit dem Rentenreformgesetz 1992 eingeführte – Rentenanpassungsformel um einen demografischen Faktor ergänzt. Mit ihm sollte die Verlängerung der durchschnittlichen Bezugsdauer der Renten in Folge des Anstiegs der Lebenserwartung berücksichtigt werden. Für die Bestimmung des demografischen Faktors war – ohne Differenzierung nach dem Geschlecht – die Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung der 65jährigen seit der Rentenreform 1992 maßgebend. Der demografische Faktor hätte bewirkt, dass die Renten jährlich stets geringer – nach den damaligen Annahmen zunächst um rd. 0,5 Prozentpunkte – angepasst worden wären als die Nettolöhne tatsächlich gestiegen sind. Hieraus hätte sich eine kontinuierliche Absenkung des Nettorentenniveaus ergeben. Das Rentenreformgesetz 1999 hatte allerdings eine Niveausicherungsklausel vorgesehen, nach der das Rentenniveau aufgrund der Anwendung des demografischen Faktors nicht hätte unter 64% absinken dürfen.

332 Der demografische Faktor sollte erstmals bei der Rentenanpassung zum 1. Juli 1999 angewendet werden. Mit dem Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte (Korrekturgesetz) vom Dezember 1998 hat der Gesetzgeber die Anwendung des demografischen Faktors jedoch ausgesetzt. Er befürchtete, dass bei einem künftigen Rentenniveau von 64% die gesetzliche Rentenversicherung ihre Legitimation als Pflichtversicherungssystem verlieren könnte, weil auch bei nicht unterbrochenem Erwerbsleben und kontinuierlichem Verlauf der Versicherungsbiografie im Alter Rentenleistungen nur noch auf oder geringfügig über dem Sozialhilfeniveau erbracht würden.

333 Der demografische Faktor ist daher im Ergebnis nie zur Anwendung gekommen. Denn das im Dezember 1999 verabschiedete Haushaltssanierungsgesetz sah zum 1. Juli 2000 die Veränderung des aktuellen Rentenwerts entsprechend der Veränderung der Teuerungsrate des Vorjahres vor und seit den Rentenanpassungen ab dem 1. Juli 2001 wurde der aktuelle Rentenwert nach der Rentenanpassungsformel verändert, die mit dem im Januar 2001 verabschiedeten Altersvermögens-Ergänzungsgesetz eingeführt worden ist.

### **Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz**

334 Für die Neubestimmung des aktuellen Rentenwerts ist auch nach der für die Rentenanpassungen ab dem Jahr 2001 geltenden Rentenanpassungsformel weiterhin die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer maßgebend. Nach der bis 1999 angewandten Rentenanpassungsformel des Rentenreformgesetzes 1992 floss jedoch neben der Veränderung der Bruttolöhne jede Belastungsveränderung ein, die Arbeitnehmer und Rentner traf, somit also die Veränderung der Lohnsteuerbelastung sowie der Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung, zur Krankenversicherung, zur Pflegeversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit.

335 Nach der ab dem Jahr 2001 geltenden Rentenanpassungsformel wurden hingegen nur noch die Veränderung der Bruttolöhne und die Belastungsveränderungen berücksichtigt, die sich auf die Altersvorsorge beziehen. Dies sind neben Veränderungen des Beitragssatzes zur Rentenversicherung die Veränderung bei den staatlich geförderten Aufwendungen der Beitragszahler für die zusätzliche Altersvorsorge, ansteigend in jeweils gleichen Stufen und in Zweijahres-Abständen von 1% des Bruttoverdienstes im Jahr 2002 bis auf 4% im Jahr 2008. Diese steigenden Aufwendungen zur zusätzlichen Altersvorsorge sind – in 0,5%-Schritten – in die Rentenanpassungsformel integriert worden. Steueränderungen und Beitragssatzänderungen, die sich nicht auf die Altersvorsorge beziehen – also die Änderungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit – werden bei der Ermittlung des neuen aktuellen Rentenwerts dagegen nicht mehr berücksichtigt. Die erstmals bei der

Anpassung zum 1. Juli 2001 anzuwendende Anpassungsformel stellt sich damit wie folgt dar:

$$AR_t = AR_{t-1} \times \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \times \frac{100\% - RVB_{t-1} - AVA_{t-1}}{100\% - RVB_{t-2} - AVA_{t-2}}$$

$AR_t$  = zu bestimmender aktueller Rentenwert

$AR_{t-1}$  = bisheriger aktueller Rentenwert

$BE_{t-1}$  = Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr

$BE_{t-2}$  = Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vorvergangenen Kalenderjahr

$RVB_{t-1}$  = durchschnittlicher Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im vergangenen Kalenderjahr

$RVB_{t-2}$  = durchschnittlicher Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im vorvergangenen Kalenderjahr

$AVA_{t-1}$  = Altersvorsorgeanteil im vergangenen Kalenderjahr

$AVA_{t-2}$  = Altersvorsorgeanteil im vorvergangenen Kalenderjahr

Dabei sind die in die Renten Anpassungsformel jeweils für die Jahre bis 2009 einzusetzenden Altersvorsorgeanteile gesetzlich bestimmt worden. Sie betragen für die Jahre

vor 2002	0,0 v. H.,
2002	0,5 v. H.,
2003	1,0 v. H.,
2004	1,5 v. H.,
2005	2,0 v. H.,
2006	2,5 v. H.,
2007	3,0 v. H.,
2008	3,5 v. H.,
2009	4,0 v. H.,

Die Ermittlung des zum 1. Juli 2001 geltenden aktuellen Rentenwerts

$$AR_{2001} = AR_{2000} \times \frac{BE_{2000}}{BE_{1999}} \times \frac{100\% - RVB_{2000} - AVA_{2000}}{100\% - RVB_{1999} - AVA_{1999}}$$

$$AR_t = 48,58 \text{ DM} \times \frac{51.496 \text{ DM}}{50.797 \text{ DM}} \times \frac{[100\% - 0 - 19,3\%]}{[100\% - 0 - 19,7\%]}$$

\* Durchschnittswert (Beitragssatz 1999: 1.1. - 31.3.: 20,3; 1.4. - 31.12.: 19,5)

$$AR_t = 48,58 \text{ DM} \times \frac{51.496 \text{ DM}}{50.797 \text{ DM}} \times \frac{0,8070}{0,8030} =$$

$$48,58 \text{ DM} \times 1,014 \times 1,0050 = 49,51 \text{ DM}$$

Dieser ab 1. Juli 2001 geltende aktuelle Rentenwert ist damit um 1,91 v. H. höher als der bis zum 30. Juni 2001 geltende aktuelle Rentenwert.

336 Die Veränderung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung – also insbesondere der langfristig nach 2020 zu erwartende Beitragssatzanstieg – sollte nach der mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz im Jahr 2001 eingeführten Renten Anpassungsformel bei den Renten Anpassungen ab dem Jahr 2011 in etwas stärkerem Ausmaß berücksichtigt werden als bei den Renten Anpassungen bis zum Jahr 2010. Dies sollte dadurch geschehen, dass die Basiszahl für die Ermittlung des Änderungswerts bei den Aufwendungen für die Altersversorgung von 100 v. H. auf 90 v. H. abgesenkt wird. Für die Renten Anpassungen ab dem Jahr 2011 hat sich danach die Renten Anpassungsformel wie folgt dargestellt:

$$AR_t = AR_{t-1} \times \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} \times \frac{90\% - AVA_{2009} - RVB_{t-1}}{90\% - AVA_{2009} - RVB_{t-2}}$$

$AR_t$  = zu bestimmender neuer aktueller Rentenwert

$AR_{t-1}$  = bisheriger aktueller Rentenwert

$BE_{t-1}$  = Durchschnittsbruttolohn im Vorjahr

$BE_{t-2}$  = Durchschnittsbruttolohn im Vorvorjahr

$RVB_{t-1}$  = durchschnittlicher Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im vergangenen Kalenderjahr

$RVB_{t-2}$  = durchschnittlicher Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im vorvergangenen Kalenderjahr

$AVA_{2009}$  = Altersvorsorgeanteil des Jahres 2009 (= 4 %)

337 Auf lange Sicht hätte sich die mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz im Jahr 2001 eingeführte

Rentenanpassungsformel moderat senkend auf das (Netto-)Rentenniveau – Verhältnis der (Netto-)Eck- oder Standardrente zum aktuellen (Netto-)Durchschnittseinkommen – ausgewirkt. Zur Berechnung des (Netto-)Rentenniveaus wird die Nettostandardrente (= Rente eines Versicherten, der 45 Jahre Beiträge vom jeweiligen Durchschnittsverdienst gezahlt hat, abzüglich der durchschnittlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner) ins Verhältnis zum Nettolohn des Durchschnittsverdieners (= Bruttolohn abzüglich der Steuern vom Einkommen und der Sozialbeiträge) gesetzt. Das so errechnete (Netto-)Rentenniveau hat bei In-Kraft-Treten der Rentenanpassungsformel im Altersvermögens-Ergänzungsgesetz im Jahr 2001 bei etwa 70 v. H. gelegen. Als langfristiger Zielwert für das Netto-rentenniveau war nach dieser Rentenanpassungsformel bis zum Jahr 2030 der Wert 67 v. H. vorgesehen. Auswirkungen auf das (Netto-)Rentenniveau hätten sich insbesondere im Falle eines Beitragssatzanstiegs in der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben, da nach der Rentenanpassungsformel nicht nur die Veränderung des hälftigen Beitragssatzes, sondern die Veränderung des vollen Beitragssatzes maßgebend ist. Senkend auf das (Netto-)Rentenniveau hätte sich aber auch ein sinkender Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung ausgewirkt, da die sich daraus ergebende Erhöhung der Nettoeinkommen der Arbeitnehmer im Unterschied zur bisherigen Anpassungsformel nicht mehr anpassungserhöhend zu berücksichtigen ist.

338 Die ökonomischen und demografischen Grundannahmen der Rentenreform 2001 sind in der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme eingehend diskutiert worden. Danach und auch nach Vorlage der Zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ist deutlich geworden, dass diese Grundannahmen im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse teilweise zu revidieren gewesen sind. Dies hatte zur Folge, dass die mit der Reform 2001 eingeleiteten Maßnahmen zur langfristigen Sicherung der Rentenfinanzen nicht mehr als ausreichend angesehen werden konnten. Modellrechnungen auf der Grundlage der zu aktualisierenden ökonomischen und demografischen Grundannahmen ergaben, dass ohne weitere Reformmaßnahmen bis zum Jahr 2030 mit einem Beitragssatzanstieg auf über 24% zu rechnen ist. Damit wäre das mit der Rentenreform des Jahres 2001

gesetzlich vorgegeben Beitragssatzziel, wonach der Beitragssatz bis zum Jahr 2030 nicht über die Marke von 22% steigt, bei weitem verfehlt. Ein über diese Marke hinausgehender Beitragssatzanstieg war für den Gesetzgeber aber nach wie vor nicht akzeptabel, da verkraftbare Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung unabdingbare Voraussetzung dafür sind, dass für die heutigen und künftigen Versicherten der Spielraum geschaffen wird, um eigenverantwortlich ergänzende Altersvorsorge betreiben zu können.

338a Ziel der Reform des Jahres 2004 war daher – wie schon bei der Reform des Jahres 2001 –, die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung so an die sich verändernden demografischen Rahmenbedingungen anzupassen, dass der Beitragssatz bis zum Jahr 2020 nicht über 20% und bis zum Jahr 2030 nicht über 22% steigt.

### **Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts nach dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung**

339 Die auf dieses Ziel ausgerichtete Kernmaßnahme des im August 2004 verkündeten Gesetzes zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung war die Einfügung eines so genannten „Nachhaltigkeitsfaktors“ in die Rentenanpassungsformel. Leitgedanke des „Nachhaltigkeitsfaktors“ ist, die jeweilige Veränderung in der Relation von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern bei der Rentenanpassung zu berücksichtigen. Die Veränderung dieses Verhältnisses wird durch mehrere Bedingungen beeinflusst. Dies sind sowohl die Entwicklung der Lebenserwartung und die der Geburten als auch die Entwicklung der Erwerbstätigkeit. Damit hebt sich der „Nachhaltigkeitsfaktor“ ganz wesentlich vom demografischen Faktor der Rentenreform 1999 ab, der einseitig auf die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung abstellte. Aufgrund seiner Ausgestaltung kann der Nachhaltigkeitsfaktor in unterschiedliche Richtungen wirken. Nehmen die Beitragszahler ab, so hat dies geringere Rentenerhöhungen zur Folge, steigt jedoch die Zahl der Beitragszahler, dann führt dies dazu, dass auch die Rentenerhöhung höher ausfällt. Daher werden mit dem „Nachhaltigkeitsfaktor“ die aus dem veränderten Altersaufbau der Bevölkerung resultierenden finanziellen Belastungen sachgerecht auf Rentner und Beitragszahler aufgeteilt.

340 Der jeweilige Wert für den Nachhaltigkeitsfaktor wird aus der Veränderung des Rentnerquotienten und dem Parameter  $\alpha$  bestimmt. Der Rentnerquotient spiegelt das Verhältnis von Rentempfängern zu Beitragszahlern wider. Um zu vermeiden, dass geringfügige Beitrags- und Rentenzahlungen zu Verzerrungen führen, wird dabei auf die Anzahl der „Äquivalenzrentner“ und der „Äquivalenzbeitragszahler“ abgestellt. Die Anzahl der Äquivalenzrentner wird durch Division des Gesamtrentenvolumens durch eine Regelaltersrente mit 45 Entgeltpunkten bestimmt. Zur Ermittlung der Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler werden die beitragspflichtigen Einnahmen aller versicherungspflichtigen Beschäftigten, der geringfügig Beschäftigten und – um die Situation auf dem Arbeitsmarkt abzubilden – der Bezieher von Arbeitslosengeld durch das jeweilige Durchschnittsentgelt dividiert. Der Parameter  $\alpha$  ist gesetzlich auf den Wert 0,25 festgelegt worden. Damit werden die Rentner zu  $\frac{1}{4}$  an der Veränderung der Relation von Rentnern zu Beitragszahler beteiligt. Eine analytische Begründung für die gesetzliche Festlegung des Parameters  $\alpha$  auf den Wert 0,25 gibt es nicht. Er wurde mit 0,25 so gesetzt, dass nach den von der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme zugrunde gelegten ökonomischen und demografischen Annahmen mit dem Nachhaltigkeitsfaktor die Einhaltung die gesetzlich vorgegebenen Beitragsatzziele (Nichtübersteigen der 20 Prozentmarke bis zum Jahr 2020 und der 22 Prozentmarke bis zum Jahr 2030) erreicht werden kann.

341 Der jeweilige Wert für den Nachhaltigkeitsfaktor wird bestimmt, indem der Wert eins um den aus der Veränderung des Rentnerquotienten im vergangenen Kalenderjahr zum Rentnerquotienten im vorvergangenen Kalenderjahr gebildeten Faktor vermindert, dieser Wert mit dem Parameter  $\alpha$  vervielfältigt und dieser Wert dann um den Wert eins erhöht wird. Mit der Verminderung des Wertes 1 um den Wert für die Veränderung des Rentnerquotienten und die anschließende Erhöhung dieses mit dem Parameter  $\alpha$  gewichteten Werts um den Wert 1 wird mathematisch erreicht, dass der für den Nachhaltigkeitsfaktor bei einer Verschlechterung des Verhältnisses von Rentnern zu Beitragszahlern der Faktor kleiner als 1 ist und somit den Anpassungssatz senkt, hingegen bei einer Verbesserung des Verhältnisses von Rentnern zu Beitragszahlern der Faktor größer als 1 ausfällt und somit den Anpassungssatz anhebt.

### Ermittlung des Werts für den Nachhaltigkeitsfaktor bei Verschlechterung des Rentnerquotienten (am Beispiel seiner Ermittlung für das Jahr 2005)

Äquivalenzrentner im Jahr 2004:	14.405.000
Äquivalenzbeitragszahler im Jahr 2004:	26.431.000
Rentnerquotient des Jahres 2004:	0,5450
Äquivalenzrentner im Jahr 2003:	14.292.000
Äquivalenzbeitragszahler im Jahr 2003:	26.867.000
Rentnerquotient des Jahres 2003:	0,5320
Faktor für die Veränderung des Rentnerquotienten für das Jahr 2004 zum Rentnerquotienten für das Jahr 2003:	1,0244

Wert des Nachhaltigkeitsfaktors:  $1 - 1,0244 \times 0,25 + 1 = 0,9939$

Beispielhafte Ermittlung des Werts für den Nachhaltigkeitsfaktor bei Verbesserung des Rentnerquotienten

Äquivalenzrentner im Jahr $t-1$ :	16600000
Äquivalenzbeitragszahler im Jahr $t-1$ :	27100000
Rentnerquotient des Jahres $t-1$ :	0,6125
Äquivalenzrentner im Jahr $t-2$ :	16600000
Äquivalenzbeitragszahler im Jahr $t-2$ :	27000000
Rentnerquotient des Jahres $t-2$ :	0,6148

Faktor für die Veränderung des Rentnerquotienten  $t-1$  zum Rentnerquotienten  $t-2$ : 0,9963

Wert des Nachhaltigkeitsfaktors:  $1 - 0,9963 \times 0,25 + 1 = 1,0009$

Die mathematische Formel für den Nachhaltigkeitsfaktor lautet somit:

$$\left( \frac{1 - \text{Rentnerquotient}_{t-1}}{\text{Rentnerquotient}_{t-2}} \right) \times \alpha + 1$$



342 Der so gestaltete Nachhaltigkeitsfaktor ist an die mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz eingeführte Rentenanpassungsformel angefügt worden. Damit wird der jeweilige Wert für die Veränderung der Brutto Lohn- und Gehaltssumme sowohl mit dem Nachhaltigkeitsfaktor als auch mit dem Faktor für die Veränderung bei den Aufwendungen der Arbeitnehmer für ihre Altersversorgung (Rdnr. 335) vervielfältigt.

343 Für die Bestimmung des Werts für die Entwicklung der Bruttoentgelte wird auf die Brutto Lohn- und Gehaltssumme aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. In diese Entgeltsumme fließen jedoch auch nicht versicherungs- und damit nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile ein. Dies sind insbesondere Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, Entgeltbestandteile, die in eine betriebliche Altersversorgung umgewandelt worden sind, und die Bezüge der Beamten. Die Brutto Lohn- und Gehaltssumme aus der VGR weicht somit teilweise von dem für die gesetzliche Rentenversicherung als Beitragsbemessungsgrundlage maßgebenden Arbeitsentgelt ab. Die Veränderung der Brutto Lohn- und Gehaltssumme aus der VGR ist damit nicht identisch mit der Entwicklung bei den Einnahmen aus den Pflichtbeiträgen für die versicherten Arbeitsentgelte. In der Annahme, dass sich die Abweichungen zwischen den Veränderungsdaten der Brutto Lohn- und Gehaltssumme aus der VGR und der versicherungspflichtigen Entgelte in einer tolerablen Spanne bewegen, hat sich der Gesetzgeber aus Gründen der Vereinfachung entschlossen, für die Ermittlung der Dynamik bei den Bruttoentgelten auf die Brutto Lohn- und Gehaltssumme aus der VGR abzustellen.

344 Da jedoch die durchschnittlichen Bruttoentgelte nach der VGR einer Reihe von Einflüssen unterliegen, die eine abweichende Entwicklung von der eigentlichen Beitragsbemessungsgrundlage in der gesetzlichen Rentenversicherung ermöglichen, ist es sachgerecht, die nach der Veränderung der Brutto Lohn- und Gehaltssumme aus der VGR bemessene Veränderung der Bruttoentgelte entsprechend zu korrigieren und die Entwicklung der Beamtenbesoldung sowie der Lohnbestandteile oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze oder der in eine betriebliche Altersversorgung umgewandelten versicherungsfreien Lohnbestandteile herauszurechnen. Da in die Berechnungen auch die Empfänger von Arbeitslosengeld einbezogen werden, für die Pflichtbeiträge auf der

Grundlage von 80% ihres zuletzt erzielten Bruttoentgelts gezahlt werden, findet ebenfalls die aus der jeweiligen Entwicklung der Arbeitsmarktlage resultierenden Veränderungen bei den beitragspflichtigen Einnahmen der allgemeinen Rentenversicherung Berücksichtigung.

345 Die Korrektur der Brutto Lohnentwicklung an die Entwicklung der versicherungspflichtigen Lohnbestandteile erfolgt, indem die Brutto Lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer für das jeweils vorvergangene Kalenderjahr mit dem Faktor vervielfältigt wird, der sich aus dem Verhältnis der Veränderung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem dritten zurückliegenden Kalenderjahr und der Veränderung der beitragspflichtigen Brutto Lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer ohne Beamte einschließlich der Beziehenden von Arbeitslosengeld im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem dritten zurückliegenden Kalenderjahr ergibt. Die beitragspflichtige Brutto Lohn- und -gehaltssumme wird ermittelt, indem die Pflichtbeiträge der in der allgemeinen Rentenversicherung versicherungspflichtigen Beschäftigten eines Kalenderjahres aus dem Lohnabzugsverfahren einschließlich der durch die Bundesagentur für Arbeit aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld für dieses Kalenderjahr abgeführten Pflichtbeiträge durch den durchschnittlichen Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung des selben Kalenderjahres und die an die Bundesknappschaft abgeführten Beiträge für geringfügig Beschäftigte durch den Beitragssatz für den pauschalen Arbeitgeberbeitrag (12% bei gewerblichen Arbeitgebern und 5% bei privaten Arbeitgebern) dividiert werden. Der so ausgestaltete Faktor für die Korrektur der Entwicklung der Bruttoentgelte um die Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte findet für die ab Juli 2006 vorzunehmenden formelgemäßen Rentenanpassungen Anwendung.

346 Nach der mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung ergänzten Rentenanpassungsformel ist für die Ermittlung des jeweils neuen aktuellen Rentenwerts nun folgende Formel maßgebend:

$$AR_t = AR_{t-1} * \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} * \frac{100 - AVA_{t-1} - RVB_{t-1}}{100 - AVA_{t-2} - RVB_{t-2}} * \left( \left( 1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) * \alpha + 1 \right)$$

Dabei sind:

$AR_t$  = zu bestimmender aktueller Rentenwert ab dem 1. Juli des Folgejahres,

$AR_{t-1}$  = bisheriger aktueller Rentenwert des laufenden Kalenderjahres,

$BE_{t-1}$  = Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr,

$BE_{t-2}$  = Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vorvergangenen Kalenderjahr vervielfältigt mit dem Faktor\*, der sich aus dem Verhältnis der Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem dritten zurückliegenden Kalenderjahr und der Veränderung der beitragspflichtigen Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer ohne Beamte einschließlich der Bezieher von Arbeitslosengeld im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem dritten zurückliegenden Kalenderjahr ergibt,

\*erstmalige Anwendung dieses Faktors bei der Rentenanpassung zum 1. Juli 2006

$AVA_{t-1}$  = Altersvorsorgeanteil im vergangenen Kalenderjahr,

$AVA_{t-2}$  = Altersvorsorgeanteil im vorvergangenen Kalenderjahr,

$RVB_{t-1}$  = durchschnittlicher Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im vergangenen Kalenderjahr,

$RVB_{t-2}$  = durchschnittlicher Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im vorvergangenen Kalenderjahr,

$RQ_{t-1}$  = Rentnerquotient im vergangenen Kalenderjahr,

$RQ_{t-2}$  = Rentnerquotient im vorvergangenen Kalenderjahr.

347 Die Rentenanpassungsformel sieht vor, dass die in der Endstufe vierprozentige Belastung der Arbeit-

nehmer mit Aufwendungen für die zusätzliche private Altersvorsorge in abstrakter Weise bei der Rentenanpassung in gleichmäßigen 0,5-Prozent-Schritten Berücksichtigung finden soll. Die Aussetzung der Rentenanpassung zum 1. Juli 2004 hat dazu geführt, dass die Endstufe von 4% – nicht wie ursprünglich vorgesehen – im Jahr 2009 (Rdnr. 335), sondern nun erst im Jahr 2010 erreicht wird. Die Schritte für die Bestimmung des Altersvorsorgeanteils wurden daher durch das Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung bis auf das Jahr 2010 erstreckt. Der Altersvorsorgeanteil beträgt jetzt für die Jahre

vor 2002	0,0 v. H.,
2002	0,5 v. H.,
2003	0,5 v. H.,
2004	1,0 v. H.,
2005	1,5 v. H.,
2006	2,0 v. H.,
2007	2,5 v. H.,
2008	3,0 v. H.,
2009	3,5 v. H.,
2010	4,0 v. H.

348 Nach Erreichen der Endstufe für den Altersvorsorgeanteil sollten sich bei den dann folgenden Rentenanpassungen Veränderung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung in verstärktem Maße anpassungsdämpfend auswirken. Hierfür wurde in dem Faktor für die Veränderung der Aufwendungen für die Altersversorgung die Basiszahl 100% auf 90% abgesenkt (Rdnr. 336). Durch die Gewichtung des Nachhaltigkeitsfaktors mit dem auf den Wert 0,25 festgelegten Parameter  $\alpha$  ist die anpassungsdämpfende Wirkung der auf 90% abgesenkten Basiszahl vom Nachhaltigkeitsfaktor mit umfasst. Der bisherige Wert 90%, von dem der durchschnittliche Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung und der Höchstwert für den Altersvorsorgeanteil jeweils subtrahiert wurde, ist daher auf 100% erhöht worden. Zudem wurde bestimmt, dass als Altersvorsorgeanteil stets der für das Jahr 2010 bestimmte Höchstwert von 4,0 zugrunde zu legen ist. Ab dem Jahr 2012 ist der aktuelle Rentenwert damit nach folgender Rentenanpassungsformel neu festzusetzen:

$$AR_t = AR_{t-1} * \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} * \frac{100 - AVA_{2010} - RVB_{t-1}}{100 - AVA_{2010} - RVB_{t-2}} * \left( \left( 1 - \frac{RQ_{t-1}}{RQ_{t-2}} \right) * \alpha + 1 \right)$$

349 Insbesondere im Hinblick auf die kumulative anpassungsdämpfende Wirkung des Faktors für

die Veränderung der Aufwendungen für die Altersversorgung sowie des Nachhaltigkeitsfaktors hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung eine Schutzklausel eingeführt, die verhindert, dass sich bei einer positiven Veränderung der Bruttolohn- und Gehaltssumme aufgrund der anpassungsdämpfenden Faktoren eine Verringerung des aktuellen Rentenwerts ergibt. In den Fällen, in denen der sich aus der Veränderung der Bruttolohn- und Gehaltsentwicklung ergebende Faktor für sich genommen zwar zu einer Erhöhung des aktuellen Rentenwerts führen würde, die übrigen Faktoren der Rentenanpassungsformel in der Summe ihrer Wirkungen diese Erhöhung überlagern und deshalb eine Absenkung des aktuellen Rentenwerts bewirken würde, stellt die Schutzklausel sicher, dass es nicht zu einer Absenkung, allerdings auch nicht zu einer Erhöhung des aktuellen Rentenwerts kommt. In den Fällen, in denen bereits der aus dem Faktor für die Veränderung der Bruttolohn- und Gehaltsentwicklung eine Absenkung des aktuellen Rentenwerts resultiert, bewirkt die Schutzklausel, dass die anpassungsdämpfenden Faktoren zu keiner weiteren, zusätzlichen Minderung des aktuellen Rentenwerts führen, sofern diese Faktoren in der Summe ihrer Wirkungen die negative Lohnentwicklung sogar noch verstärken würden. Bewirken der Faktor für die Veränderung der Aufwendungen für die Altersversorgung und der Nachhaltigkeitsfaktor in ihrer Summe jedoch einen Anstieg des aktuellen Rentenwerts, bleiben sie anwendbar und können die anpassungsmindernde Wirkung der negativen Lohnentwicklung ausgleichen oder sogar überlagern.

*349a* Bereits bei der erstmaligen Anwendung der mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2004 eingeführten Anpassungsformel zum Anpassungstermin 1. Juli 2005 kam die Schutzklausel zur Anwendung. Denn die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im Jahr 2004 betrug in den alten Ländern lediglich 0,12 v. H. Ohne die dämpfenden Faktoren in der Anpassungsformel wäre der aktuelle Rentenwert von 26,13 Euro auf 26,16 Euro anzuheben gewesen. Aufgrund der nach der Anpassungsformel zu berücksichtigenden Veränderung bei den Aufwendungen für eine geförderte private Altersvorsorge (Altersvorsorgeanteil) des Jahres 2004 gegenüber dem Jahr 2003 mit 0,5

v. H. und der im Nachhaltigkeitsfaktor mit dem Wert 0,9939 zum Ausdruck kommenden Veränderung beim Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2003 hätte der prozentuale Veränderungswert von 0,12 v. H. um rd. 1,2 Prozentpunkte verringert werden müssen. Danach wäre der aktuelle Rentenwert zum 1. Juli 2005 auf 25,84 Euro und damit um 0,29 Euro niedriger festzusetzen gewesen als der am 30. Juni 2005 geltende aktuelle Rentenwert. Mit der gesetzlichen Schutzklausel waren jedoch die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Bundesregierung mit der Rentenwertbestimmungsverordnung 2005 den ab 1. Juli 2005 maßgebenden aktuellen Rentenwert auf 26,13 Euro und damit in gleicher Höhe wie den für Juni 2005 geltenden Wert festsetzen konnte.

*349b* Im Hinblick auf die wirtschaftliche Entwicklung im Jahr 2005, die insbesondere durch hohe Arbeitslosigkeit, einen Rückgang der versicherungspflichtigen Beschäftigung und den Verzicht vieler Arbeitnehmer auf Lohnbestandteile gekennzeichnet ist, war zu Beginn des Jahres 2006 nicht auszuschließen, dass es bei Anwendung der gesetzlichen Rentenanpassungsformel und damit bei Festsetzung der zum 1. Juli 2006 geltenden aktuellen Rentenwerte durch Rechtsverordnung der Bundesregierung zu einer negativen Veränderung der aktuellen Rentenwerte hätte kommen können. Denn bei der Bestimmung der neuen, ab 1. Juli eines Jahres geltenden aktuellen Rentenwerte hat die Bundesregierung keinerlei Ermessensspielräume, von den vom Statistischen Bundesamt übermittelten Daten zur Lohnentwicklung abzuweichen. Auch die mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung eingeführte Schutzklausel verhindert nicht die negative Veränderung der aktuellen Rentenwerte im Falle einer negativen Lohnentwicklung. Denn sie schließt lediglich aus, dass es durch die anpassungsdämpfende Wirkung des Faktors für die Veränderung bei den Altersvorsorgeaufwendungen sowie des Nachhaltigkeitsfaktors zu einer Verringerung der aktuellen Rentenwerte kommt. Da die Rentnerinnen und Rentner aufgrund der auch sie treffenden rentenpolitischen Konsolidierungsmaßnahmen der vergangenen Jahre einen erheblichen Beitrag zur Sicherung der Finanzgrundlagen der Rentenversicherung geleistet haben, hatte sich zu Beginn des Jahres 2006 die Regierungskoalition darauf verständigt, das Risiko einer möglichen Verringerung der Bruttorenten zum 1. Juli 2006 durch eine gesetz-

liche Bestimmung der Weitergeltung der am 30. Juni 2006 geltenden aktuellen Rentenwerte zu verhindern. Der hierzu am 8. Februar 2006 vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes über die Weitergeltung der aktuellen Rentenwerte zum 1. Juli 2006 wurde inzwischen vom Deutschen Bundestag am 6. April 2006 in 2. und 3. Lesung verabschiedet.

349c Die in die Rentenanpassungsformel aufgenommene Schutzklausel führt dazu, dass die zur Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung notwendige Dämpfung der Rentenanpassung in Zeiten einer nur geringen positiven Lohnentwicklung oder gar einer negativen Lohnentwicklung nicht realisiert werden können. Die am 18. November 2005 geschlossene Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD sieht deshalb ein Nachholen dieser nicht realisierten Dämpfungen vor. Eine Beschreibung der inhaltlichen Ausgestaltung dieses so genannten „Nachholfaktors“ sowie seiner Wirkungsweise, insbesondere hinsichtlich des zeitlichen Einsetzens der Nachholeffekte, kann derzeit noch nicht gegeben werden. Hier bleibt die gesetzgeberische Umsetzung dieser rentenpolitischen Maßnahme abzuwarten.

350 Der Veränderungssatz für den aktuellen Rentenwert ist nicht nur für die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung von Bedeutung, sondern letztlich auch für den Anstieg der laufenden Leistungen aller anderen Sozialversicherungen einschließlich der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegspopferversorgung. Auch diese Leistungen werden grundsätzlich unter Berücksichtigung des Anpassungsmechanismus der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst. Bei der Anpassung kurzfristiger Lohnersatzleistungen (wie Krankengeld und Übergangsgeld) hat sich der Gesetzgeber allerdings für eine bundeseinheitliche Anpassung ausschließlich nach der Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer entschieden. Der Anpassungswert wird jährlich im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

### **Auswirkungen der um den Nachhaltigkeitsfaktor ergänzten Rentenanpassungsformel auf das Rentenniveau**

351 Nach den Berechnungen der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme wird der Rentenzahlbetrag aufgrund der Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors im Jahr 2030 im Vergleich zu seiner Fortschreibung

nach bisher geltender Rentenanpassungsformel um 7,7% niedriger ausfallen. Die Rentenanpassungsformel bewirkt nach diesen Berechnungen insgesamt, dass die Erhöhung der Renten bis zum Jahr 2030 im Durchschnitt jährlich um 0,7 Prozentpunkte hinter der Lohnentwicklung zurückbleibt. Gemessen in Beitragssatzpunkten steigt durch die mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung geänderte Rentenanpassungsformel die Entlastung für die Rentenversicherung von 0,1 Prozentpunkte im Jahr 2005 über 0,7 Prozentpunkte im Jahr 2010 dann auf 1,6 Prozentpunkte im Jahr 2030. Insgesamt macht das Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung zusammen mit den bereits ab dem Jahr 2004 kurzfristig einsetzenden Maßnahmen (z. B. Tragung des vollen Pflegeversicherungsbeitrags durch die Rentner) bis zum Jahr 2030 eine Verringerung des Beitragssatzanstiegs um 2,3 Prozentpunkte möglich.

352 Mit dem Sicherungsniveau vor Steuern wurde im Nachhaltigkeitsgesetz auch ein neues Rentenniveaunkonzept eingeführt. Dieses Rentenniveau ergibt sich, wenn man die Standardrente (Rente aus 45 Beitragsjahren bei stets versichertem Durchschnittsentgelt) um den durchschnittlichen Beitrag zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung vermindert und diesen Rentenbetrag durch das verfügbare Durchschnittsentgelt dividiert. Das verfügbare Durchschnittsentgelt ist das Durchschnittsentgelt (ohne Abzug von Steuern) gemindert um den durchschnittlich zu entrichtenden Arbeitnehmersozialbeitrag (Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur gesetzlichen Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung) zuzüglich des durchschnittlichen Aufwands zur zusätzlichen Altersvorsorge. Dieses so definierte Rentenniveau vor Steuern hat im Jahr 2004 53% betragen. Da die steuerliche Behandlung sowohl von Arbeitsentgelten als auch von Renten bei der Niveauberechnung keine Rolle spielt, ist dieses Niveaunkonzept im Vergleich zum bisher verwendeten Messkonzept des Nettorentenniveaus (Verhältnis von Nettostandardrente zum durchschnittlichen Nettoentgelt – vgl. Rdnr. 337) bezüglich des Lebensstandards der Rentner weniger aussagekräftig. Mit der Änderung der Rentenbesteuerung ab dem Jahr 2005 durch das Alterseinkünftegesetz kann ein einheitliches Nettorentenniveau für alle Rentenzugangsjahre aber

nicht mehr ausgewiesen werden, da die Höhe des zu verteuerten Anteils der Standardrente in Abhängigkeit vom Jahr des Rentenzugangs unterschiedlich ist.

353 Wenn auch die Reformen der Jahre 2001 und 2004 im Zeichen des Paradigmenwechsels in der gesetzlichen Rentenversicherung von der Niveaurorientierung hin zur Beitragssatzorientierung stehen, so wurde dennoch auch mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung eine so genannte Niveausicherungsklausel in das Gesetz aufgenommen. Danach muss die Bundesregierung dem Gesetzgeber geeignete Maßnahmen vorschlagen, wenn das Sicherungsniveau vor Steuern den Wert 46% bis zum Jahr 2020 oder 43% bis zum Jahr 2030 unterschreitet. Außerdem hat der Gesetzgeber die Bundesregierung verpflichtet, ab dem Jahr 2008 im Rahmen eines Berichts regelmäßig Maßnahmen zur Beibehaltung eines Sicherungsziels vor Steuern von 46% auch über das Jahr 2020 hinaus vorzuschlagen, allerdings unter Wahrung der gesetzlich vorgegebenen Beitragssatzziele.

354 Neben diesen neuen Mindestsicherungsniveaus vor Steuern von 43% bzw. 46% wurden die seit dem Jahr 2001 gesetzlich festgelegten Beitragssatzziele (Nichtüberschreiten der 20-Prozentmarke bis zum Jahr 2020 und der 22-Prozentmarke bis zum Jahr 2030) mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht verändert. Da in einer umlagefinanzierten Rentenversicherung (Rdnr. 461) bei einem im Zeitverlauf sich verschlechternden Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern entweder der Beitragssatz angehoben werden muss oder das Rentenniveau abgesenkt werden muss, also ein Zielkonflikt zwischen stabilem Beitragssatz und stabilem Rentenniveau besteht, erscheint die gesetzliche Festlegung sowohl von Beitragssatzhöchstwerten als auch von Sicherungsniveaumindestwerten auf den ersten Blick widersprüchlich. Nach den Berechnungen der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme ist das Beitragssatzziel von 22% im Jahr 2030 in etwa mit dem im Gesetz festgelegten Mindestsicherungsniveau vor Steuern von 43% im Jahr 2030 konsistent. Ohne weitere gesetzliche Maßnahmen ist das anzustrebende Mindestsicherungsniveau vor Steuern von 46% im Jahr 2030 dagegen nur bei Inkraftnahme eines Anstiegs des Beitragssatzes bis zum Jahr 2030 auf über 23% konsistent, Als „geeignete

Maßnahme“, um nach dem Jahr 2020 ein Absinken des Sicherungsniveaus vor Steuern auf unter 46% zu verhindern, bleiben neben der Beitragssatzerhöhung nur eine Erhöhung der Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Rentenversicherung oder eine Erhöhung des Renteneintrittsalters. Dabei dürfte als erste Option zur Erreichung eines höheren Mindestsicherungsniveaus als 43% im Jahr 2030 zunächst die Erhöhung des Renteneintrittsalters in Betracht kommen. Der Gesetzgeber hat denn auch die Bundesregierung verpflichtet – beginnend ab dem Jahr 2008 – alle vier Jahre über die Entwicklung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer zu berichten und in diesem Bericht auch darzulegen, ob eine Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 Jahren zur Dämpfung des Beitragssatzanstiegs notwendig ist oder diese Maßnahme auch dazu dienen kann, im Jahr 2030 ein höheres Mindestsicherungsniveau als 43% zu gewährleisten.

## **Förderung der zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge**

355 Auch nach den mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz und dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung ergriffenen Maßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung bleibt die gesetzliche Rentenversicherung weiterhin die wichtigste Säule für die Alterssicherung. Mit dem Altersvermögensgesetz ist sie seit dem 1. Januar 2002 jedoch um eine freiwillige zusätzliche Altersvorsorge ergänzt worden. Denn nur mit der die gesetzliche Rente ergänzenden zusätzlichen Altersvorsorge lässt sich für die künftigen Rentner eine Altersversorgung erreichen, mit der der erreichte Lebensstandard im Alter aufrechterhalten werden kann. Die Alterssicherung soll sich künftig auf die durch Solidarität geprägte gesetzliche Rente und die auf Eigeninitiative basierende zusätzliche Altersvorsorge stützen. Die Vorteile beider Systeme besteht in ihrer Kombination: die im Umlageverfahren finanzierte Rente mit ihren Stärken bei den Leistungen des sozialen Ausgleichs auf der einen Seite und die auf Rendite ausgerichtete kapitalgedeckte private Altersvorsorge, die sich die Ergiebigkeit der Kapitalmärkte erschließen kann, auf der anderen Seite.

356 Zur Förderung der auf Eigeninitiative beruhenden zusätzlichen Altersvorsorge wird der Aufbau der privaten Altersvorsorge seit dem 1. Januar 2002



durch lukrative steuerliche Anreize flankiert, die insbesondere Bezieher kleiner Einkommen und Familien mit Kindern besonders unterstützen. Die gesetzlichen Regelungen hierzu sind – ähnlich wie bei der Kindergeldregelung – im Einkommensteuergesetz als kombinierte Zulagen-/Sonderausgabenregelung verankert.

## Geförderter Personenkreis

357 Zum Kreis der Begünstigten gehören alle Personen, die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen. Neben Arbeitnehmern sind daher insbesondere auch behinderte Menschen in Werkstätten, Versicherte während einer anzurechnenden Kindererziehungszeit, Pflegepersonen, Wehr- und Zivildienstleistende, geringfügig Beschäftigte, die auf die Versicherungsfreiheit verzichtet haben, Bezieher von Lohnersatzleistungen wie Arbeitslosen- oder Krankengeld sowie Kraft Gesetz oder auf Antrag versicherungspflichtige Selbständige förderberechtigt. Abweichend von dieser Grundregel sind arbeitslose Personen, die bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitsuchend gemeldet sind, auch dann eigenständig förderberechtigt, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld II auf Grund der Anrechnung von Einkommen oder Vermögen ruht. Nicht zum Kreis der förderberechtigten Personen gehören im Wesentlichen freiwillig Versicherte und die versicherungsfreien geringfügig Beschäftigten.

358 Wenn nur ein Ehepartner zum förderfähigen Personenkreis gehört, kann abweichend von den vorstehenden Ausführungen auch der selber nicht förderfähige Ehepartner die Zulagenförderung erhalten, wenn für ihn ein eigener Vertrag abgeschlossen wird.

## Grundsätze der Förderung

359 Altersvorsorgeverträge müssen Kriterien erfüllen, damit sie gefördert werden können. Diese sind im Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz geregelt. Durch Kriterien soll sichergestellt sein, dass der mit der staatlichen Förderung verfolgte Zweck, die Rente der gesetzlichen Rente durch eine zusätzliche monatliche und lebenslänglich laufende „Altersvorsorgerente“ zu ergänzen, erreicht wird. Daher sollen nur solche Anlagen gefördert werden, die bis zur Vollendung des 60. Lebensjahrs oder bis zum Beginn einer Altersrente des Anlegers aus der gesetzlichen Rentenversicherung gebunden sind und nicht beliehen oder anderweitig verwendet werden können. Im Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz ist vorgesehen, dass das Bundesaufsichtsamt für das Ver-

sicherungswesen als Zertifizierungsbehörde vorab prüft, ob angebotene Altersvorsorgeprodukte die vorgeschriebenen Förderkriterien erfüllen. Dieses Zertifikat stellt daher kein staatliches Gütesiegel dar, das die Qualität des Produktes hinsichtlich Rentabilität und Sicherheit bestätigt. Es bescheinigt allein bescheinigt, dass die Muster- oder Einzelverträge, die ein Zertifikat erhalten haben, den staatlichen Förderkriterien entsprechen und damit steuerlich gefördert werden können.

360 Auch nachdem mit dem Alterseinkünftegesetz die Zertifizierungskriterien von elf auf fünf reduziert worden sind, müssen die Altersvorsorgeverträge weiterhin folgende Mindeststandards erfüllen:

- Gefördert werden wie bisher nur Altersvorsorgeverträge, die eine Rente frühestens ab Alter 60 oder dem Beginn einer Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung vorsehen. Die Altersvorsorgevereinbarung kann zusätzlich auch eine Rentenzahlung bei Erwerbsunfähigkeit sowie bei Tod an Hinterbliebene umfassen.
- Die Anlageformen müssen ab Auszahlungsbeginn eine lebenslange steigende oder gleich bleibende monatliche Leibrente zusichern; alternativ sind entsprechende Auszahlungen aus Fonds- oder Bankguthaben, die in der Leistungsphase ab Alter 85 mit einer Rentenversicherung verbunden sind, möglich. Dabei sind auch Einmalauszahlungen bzw. variable Teilraten bis zu insgesamt 30% des zu Beginn der Auszahlungsphase zur Verfügung stehenden Kapitals sind zulässig. Die während der Auszahlungsphase anfallenden Erträge können dagegen variabel ausgezahlt werden.
- Zu Beginn der Auszahlungsphase müssen mindestens die eingezahlten Beträge und während der Auszahlungsphase die laufenden monatlichen Zahlungen zugesagt sein. Da die Altersvorsorgeverträge förderunschädlich mit einer Erwerbsminderungsrente und/oder einer Hinterbliebenenrente verbunden werden können, verringern die hierfür gezahlten Versicherungsprämien das Volumen der eingezahlten Beträge.
- Die Anlagen sind während der Ansparphase gesetzlich vor Pfändung sowie Anrechnung auf Sozial- und Arbeitslosenhilfe geschützt.
- In den Altersvorsorgeverträgen muss vorgesehen sein, dass sich die Abschluss- und Vertriebskosten auf 5 Jahre verteilen.



- Die Altersvorsorgeverträge müssen ferner einen Anspruch auf Wechsel, Ruhen sowie Kündigung des Vertrages sowie auf Entnahme von Mitteln für den Wohnungsbau zu lassen.

361 Aus Verbrauchersicht besonders zu begrüßen ist die mit dem Alterseinkünftegesetz vorgenommene Ausweitung der vorvertraglichen Informationspflichten. Der Anbieter muss nunmehr Angaben über die Anlagemöglichkeiten, die Struktur des Portfolios und das Risikopotenzial machen. Außerdem haben Standardberechnungen seitens der Anbieter den Verbrauchern einen besseren Produktvergleich zu ermöglichen. Für diese Berechnungen ist das jeweilige Guthaben nach zehn Jahren Laufzeit vor und nach Abzug der Wechselkosten unter Zugrundelegung alternativer Verzinsungen von 2%, 4% oder 6% auszuweisen.

362 Für Altersvorsorgeverträge, die ab dem 1. Januar 2006 abgeschlossen werden, sind geschlechtsneutrale Tarife, so genannte Unisex-Tarife, zwingend als Fördervoraussetzung vorgeschrieben. Aufgrund der Privatautonomie können bis dahin geschlossene Verträge nur auf Unisex-Tarife umgestellt werden, wenn beide Vertragsparteien dies freiwillig vereinbaren. Im Regelfall wird sich daher für Altverträge nichts ändern. Der Abschluss nach herkömmlichen differenzierenden Tarifen ist allerdings noch bis zum 31. Dezember 2005 möglich. Die Anbieter haben also bis 31. Dezember 2005 Zeit, ihre Mustervertragsbedingungen anzupassen. Eine neue Zertifizierung ist für diese Anpassung ausdrücklich nicht erforderlich, allerdings müssen die abgeänderten Musterverträge der Zertifizierungsstelle bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zur Prüfung vorgelegt werden. Die Neuregelung bezüglich des Unisex-Tarifs wird sich insbesondere auf geförderte private Rentenversicherungen auswirken. Für den Bereich der geförderten Investmentfonds und Banksparpläne werden die neuen Tarife voraussichtlich nicht wesentlich von den bisherigen Tarifen abweichen, da sich unterschiedliche Tarife bei Auszahlungsplänen durch die Restverrentung erst ab dem 85. Lebensjahr schon bisher nur geringfügig ausgewirkt haben.

363 Mit dem Alterseinkünftegesetz ist schließlich eine neue Kleinbetragsregelung eingeführt worden, wonach die Abfindung von Kleinbetragsrenten förderungschädlich möglich ist. Eine Kleinbetragsrente liegt vor, wenn die monatliche Rente 1% der monat-

lichen Bezugsgröße nicht übersteigt (im Jahr 2005 = 24,15 Euro).

### Förderfähige Anlageformen

364 Förderfähig sind kapitalgedeckte, private Altersvorsorge-Rentenversicherungen sowie Fonds- und Banksparpläne. Fonds- und Banksparpläne müssen mit Auszahlungsplänen und einer Restverrentungspflicht für die oberste Altersphase (ab Alter 85) verbunden sein. Auch Altverträge können in die Förderung einbezogen werden, wenn die Voraussetzungen für die geförderten Anlagen damit erfüllt werden.

### Einbeziehung von Wohneigentum

365 Zur Förderung von Wohneigentum sieht das Gesetz vor, dass zur Herstellung oder zum Erwerb von selbst genutztem inländischem Wohneigentum ein Betrag zwischen 10.000 und 50.000 Euro aus dem Altersvorsorgevertrag förderungschädlich entnommen werden kann. Der entnommene Betrag muss – ohne Zinsen – in monatlichen, gleich bleibenden Raten bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres in einen zertifizierten Altersvorsorgevertrag zurückgezahlt werden. Die Rückzahlung löst keine erneute Förderung aus. Der Anleger kann aber die Förderung für weitere Aufwendungen in Anspruch nehmen. Beim Verkauf oder sonstiger Aufgabe der Selbstnutzung hat der Anleger die Möglichkeit, den Restbetrag innerhalb einer bestimmten Frist entweder in ein Ersatzobjekt zu investieren oder in einen zertifizierten Altersvorsorgevertrag einzuzahlen. Geschieht dies nicht, liegt insoweit eine schädliche Verwendung vor. Eine solch schädliche Verwendung liegt auch vor, wenn der Geförderte mit seiner Rückzahlungsverpflichtung mit mehr als einem Jahresbetrag in Rückstand gerät. In diesen Fällen ist die auf den Restbetrag entfallende Förderung zurückzuzahlen. Zusätzlich ist der Restbetrag für Zwecke der Besteuerung ab dem Zeitpunkt der Entnahme mit 5 v. H. zu verzinsen.

### Förderkonzept

366 Der Altersvorsorgeaufwand setzt sich aus Eigenbeiträgen und Zulagen zusammen. Zur Entlastung der Bürger zahlt der Berechtigte nur seine Eigenbeiträge, die staatliche Zulage wird auf Antrag des Berechtigten von der Deutschen Rentenversicherung Bund (bis 30. September 2005 Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) als zentraler Stelle unmittelbar auf den begünstigten Vertrag gutgeschrieben. Die Höhe der Zulage ist abhängig von Familienstand

und Kinderzahl. Darüber hinaus kann der gesamte Altersvorsorgeaufwand im Rahmen des Sonderausgabenabzugs geltend gemacht werden. Ist die Steuerersparnis durch den Sonderausgabenabzug höher als die Zulage, wird die Differenz dem Steuerpflichtigen zusätzlich gutgeschrieben. Das Alterseinkünftegesetz hat das Antragsverfahren durch Einführung eines so genannten Dauerzulagenantrags erheblich vereinfacht. Die Berechtigten müssen künftig nicht mehr jedes Jahr einen neuen Zulagenantrag stellen. Die schriftliche Bevollmächtigung kann bereits bei Vertragsabschluss oder im Rahmen des Zulagenantrags erteilt werden und gilt bis auf Widerruf.

367 Als Sonderausgabenabzug geltend gemacht werden können unabhängig vom individuellen Einkommen nachfolgende Altersvorsorgeaufwendungen (Eigenbeiträge + Zulage):

- in den Veranlagungszeiträumen 2002 und 2003 bis zu 525 Euro
- in den Veranlagungszeiträumen 2004 und 2005 bis zu 1.050 Euro
- in den Veranlagungszeiträumen 2006 und 2007 bis zu 1.575 Euro
- ab dem Veranlagungszeitraum 2008 jährlich bis zu 2.100 Euro

### Höhe der Zulage

368 Die Zulage setzt sich zusammen aus einer Grundzulage und einer Kinderzulage. Die Grundzulage beträgt

- in den Veranlagungszeiträumen 2002 und 2003 38 Euro
- in den Veranlagungszeiträumen 2004 und 2005 76 Euro
- in den Veranlagungszeiträumen 2006 und 2007 114 Euro
- ab dem Veranlagungszeitraum 2008 jährlich 154 Euro

Im Falle der Zusammenveranlagung von Ehegatten steht die Grundzulage jedem gesondert zu, wenn beide Ehepartner eigenständige Altersversorgungsansprüche erwerben. Das gilt auch, wenn zwar nur ein Ehepartner steuer- und versicherungspflichtige Einnahmen hat, dieser aber seinen Mindesteigenbeitrag (Rdnr. 369) leistet.

Die Kinderzulage beträgt je Kind

- in den Veranlagungszeiträumen 2002 und 2003 46 Euro
- in den Veranlagungszeiträumen 2004 und 2005 92 Euro
- in den Veranlagungszeiträumen 2006 und 2007 138 Euro
- ab dem Veranlagungszeitraum 2008 jährlich 185 Euro.

Nach dem Koalitionsvertrag vom 18. November 2005 ist vorgesehen, dass die Kinderzulage für ab dem Jahr 2008 geborene Kinder zusätzlich um 115 Euro auf dann insgesamt 300 Euro angehoben werden soll.

369 Die vorstehenden Zulagen vermindern sich entsprechend, wenn der nachfolgende Altersvorsorgeaufwand (Eigenbeiträge + alle zustehenden Zulagen) nicht als Mindesteigenbeitrag aufgebracht wird:

- in den Veranlagungszeiträumen 2002 und 2003 in Höhe von 1,0 v. H.,
- in den Veranlagungszeiträumen 2004 und 2005 in Höhe von 2,0 v. H.,
- in den Veranlagungszeiträumen 2006 und 2007 in Höhe von 3,0 v. H.,
- ab dem Veranlagungszeitraum 2008 jährlich in Höhe von 4,0 v. H.

des in der Rentenversicherung beitragspflichtigen Vorjahreseinkommens, höchstens jedoch die bereits genannten Beträge, bis zu denen die Möglichkeit des Sonderausgabenabzugs geltend gemacht werden kann. Die zentrale Zulagenstelle (ZfA) ist befugt, die beitragspflichtigen Einnahmen des Steuerpflichtigen beim Rentenversicherungsträger selbst zu erfragen, so dass in der Regel entsprechende Angaben des Steuerpflichtigen in seinem Zulagenantrag entbehrlich sind. Dadurch werden nicht nur Fehlerquellen im Zulageverfahren vermieden. Das papierlose Verfahren ist ebenfalls wesentlich unbürokratischer und damit bürgerfreundlicher. Um Fehlerquellen bei der Antragstellung weitgehend auszuschließen sind mit dem Alterseinkünftegesetz weitere Verfahrensvereinfachungen eingeführt worden. So braucht künftig nicht mehr jedes Jahr ein Antrag auf Zulage gestellt zu werden, sondern der erstmalige Antrag reicht für alle Folgejahre aus. Darüber hinaus erfolgt

die jährliche Aktualisierung der Einkünfte in Zukunft durch einen Datenabgleich der Zulagenstelle mit der Rentenversicherung.

370 Auch für den Fall, dass bereits alleine die Zulagen den 4% Aufwendungen entsprechen oder sie sogar übersteigen, muss zur Erlangung der vollen Zulage immer ein bestimmter Sockelbetrag als Mindesteigenbeitrag geleistet werden. Dieser Mindesteigenbeitrag war zunächst nach der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder gestaffelt und damit sehr differenziert ausgestaltet. Er belief sich mit Einführung der staatlichen Förderung ursprünglich in jedem der Veranlagungszeiträume von 2002 bis 2004 mindestens auf den Betrag von

- 45 Euro für Steuerpflichtige, bei denen kein Kind zu berücksichtigen ist,
- 38 Euro für Steuerpflichtige, bei denen ein Kind zu berücksichtigen ist,
- 30 Euro für Steuerpflichtige, bei denen zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind

und in jedem der Veranlagungszeiträume ab 2005 mindestens auf den Betrag von

- 90 Euro für Steuerpflichtige, bei denen kein Kind zu berücksichtigen ist,
- 75 Euro für Steuerpflichtige, bei denen ein Kind zu berücksichtigen ist und
- 60 Euro für Steuerpflichtige, bei denen zwei oder mehr Kinder zu berücksichtigen sind.

Aus Vereinfachungsgründen wurde mit dem Alterseinkünftegesetz die Höhe des Sockelbetrags vereinheitlicht. Ab 2005 beträgt dieser unabhängig von der Gewährung von Kinderzulagen einheitlich 60 Euro jährlich.

Insgesamt werden für die Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge in der Endstufe im Jahr 2008 rd. 10 Mrd. Euro bereitgestellt.

**Beispiele für Förderquoten und den Anteil eigener Aufwendungen**

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Förderquote und den Anteil eigener Aufwendungen in Abhängigkeit von den finanziellen und persönlichen Verhältnissen der Rentenversicherungspflichtigen auf der Basis des Steuerrechts ab dem Jahr 2005 in der Endstufe der staatlichen Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge:

	<b>Allein- erziehende(r) 2 Kinder</b>	<b>Allein- erziehende(r) 2 Kinder</b>	<b>Ehepaar 2 Kinder</b>	<b>Allein- erziehende(r) 2 Kinder</b>	<b>Allein- lebende(r) kinderlos</b>
Bruttoeinkommen	12.000	19.000	38.000	38.000	38.000
Nettoeinkommen	16.800 <sup>1)</sup>	17.218	29.846	26.544	22.185
Altersvorsorgeauf- wendungen 4 % vom Einkommen	584 <sup>2)</sup>	760	1.520	1.520	1.520
Grundzulage	154	154	308	154	154
Kinderzulage	370	370	370	370	0
zusätzlicher Steuervorteil	0	0	0	0	377
Nettoaufwendungen	60 (Sockelbetrag)	236	842	996	989
Förderquote in % <sup>3)</sup>	90	69	45	34	35
Nettoaufwendungen in % vom Nettoeinkommen	0,36	1,37	2,82	3,75	4,46

1) Grundsicherung

2) Summe aus Zulagen und Sockelbeitrag

3) Zulagen und Steuervorteil im Verhältnis zu den Altersvorsorgeaufwendungen

Aus der letzten Zeile der Tabelle ergibt sich, dass in den dargestellten Einkommensklassen der Anteil der Nettoaufwendungen für die zusätzliche Altersvorsorge sich mit steigendem Einkommen und geringerer Kinderzahl prozentual deutlich erhöht.

371 Der Aufbau des Altersvorsorgevermögens erfolgt aus nicht versteuertem Einkommen. Daher unterliegen die späteren Auszahlungen aus dem Altersvorsorgevermögen der Steuerpflicht.

372 Den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung ist vom Gesetzgeber die Möglichkeit eingeräumt worden, Auskünfte zum Aufbau einer geförderten zusätzlichen Altersvorsorge zu erteilen.

372a Bis zum 30. September 2005 sind immerhin bereits 4,7 Mio. Altersvorsorgeverträge abgeschlossen worden. Davon entfallen 4,1 Mio. Verträge auf Lebensversicherungen, 230.000 Verträge auf Banksparpläne und 380.000 Verträge auf Investmentfondssparplänen.

## Stärkung der betrieblichen Altersversorgung

373 Die betriebliche Altersversorgung wird in Zukunft für den Erwerb einer Zusatzrente eine bedeutend größere Rolle spielen als bisher. Die steuerliche Förderung ist auch für die betriebliche Altersversorgung anwendbar mit dem wesentlichen Unterschied, dass für die betriebliche Altersversorgung das Altersvorsorge-Zertifizierungsgesetz grundsätzlich keine Anwendung findet.

374 Für die Einbeziehung der betrieblichen Altersversorgung in die Förderung des Aufbaus eines Altersvorsorgevermögens kommen die Durchführungswege Direktversicherung, Pensionskasse sowie der neu geschaffene Pensionsfonds in Betracht. Voraussetzung für die Einbeziehung der betrieblichen Altersversorgung in die steuerliche Förderung für die private Altersvorsorge ist, dass der Arbeitnehmer die Beiträge zu einer Direktversicherung, zu einer Pensionskasse oder zu einem Pensionsfonds aus individuell versteuerten und verbeitragten Arbeitsentgelten erbringt.

375 Mit der Einbeziehung der betrieblichen Altersversorgung in diese Förderung sind zugleich die Rahmenbedingungen für die betriebliche Altersvorsorge erheblich verbessert worden. Arbeitnehmer erhalten in Zukunft einen individuellen Anspruch auf betrieb-

liche Altersversorgung aus ihrem Entgelt, indem sie auf bestimmte Teile des Entgelts verzichten (z. B. auf einen Teil des Weihnachts- oder Urlaubsgelds oder auf Entgelte aus geleisteten Überstunden) und diesen Teil für eine betriebliche Altersversorgung durch den Arbeitgeber einzahlen lassen (Entgeltumwandlung). Die Durchführung des Anspruchs auf betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung erfolgt durch Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die Vereinbarung kann auf individueller, betrieblicher oder auf tariflicher Grundlage erfolgen. Besteht eine Pensionskasse oder wird ein Pensionsfonds eingerichtet, darf der Arbeitgeber diese Möglichkeit anbieten und den Anspruch hierauf beschränken. Im Übrigen kann der Arbeitnehmer den Abschluss einer Direktversicherung durch den Arbeitgeber verlangen.

376 Soweit Entgeltansprüche auf einem Tarifvertrag beruhen, können sie für eine Entgeltumwandlung nur genutzt werden, wenn ein Tarifvertrag dies vorsieht oder dies durch Tarifvertrag (im Wege der Betriebsvereinbarung oder durch individuelle Vereinbarung) zugelassen ist. Für tarifgebundene Arbeitnehmer und Arbeitgeber besteht ein Tarifvorrang für eine arbeitnehmerfinanzierte betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung. Der Gesetzgeber hat hierdurch die Tarifvertragsparteien in die Mitverantwortung für einen breitenwirksamen Aufbau von Altersvorsorgevermögen bei den Arbeitnehmern genommen.

376a Aufgrund der zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung ergriffenen Maßnahmen ist der Verbreitungsgrad der betrieblichen Altersversorgung bei den Beschäftigten der Privatwirtschaft kontinuierlich von 38% am Ende des Jahres 2002 bis Juni 2004 auf 46% gestiegen. Mitte 2004 hatten rd. 15,7 Mio. Beschäftigte bei ihrem aktuellen Arbeitgeber eine Betriebsrentenanwartschaft (10,3 Mio. in der Privatwirtschaft und 5,4 Mio. bei Versorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes). Damit haben insgesamt rd. 60% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Anwartschaften auf Betriebsrenten aufgebaut.

## Zusammentreffen von Renten und Leistungen aus der Unfallversicherung

377 Das Rentenrecht kennt einige Anrechnungsregelungen beim Zusammentreffen von Renten der Rentenversicherung und Arbeitsentgelt bzw. anderen Lohnersatzleistungen. Neben der bereits bei der Berechnung der Hinterbliebenenrenten dargestellten

Regelung zur Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes kommt vor allem der Regelung über das Zusammentreffen von Renten der Rentenversicherung und Leistungen aus der Unfallversicherung noch größere praktische Bedeutung zu.

378 Ziel dieser Regelung ist es, angesichts der grundsätzlichen Lohnersatzfunktion beider Leistungen beim Zusammentreffen von Renten aus der Rentenversicherung und Leistungen aus der Unfallversicherung Überversorgungen zu vermeiden. Deshalb wird die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gekürzt, wenn beide Leistungen einen bestimmten Grenzbetrag übersteigen. Dieser Grenzbetrag von 70% des Jahresarbeitsverdienstes der gesetzlichen Unfallversicherung ist so bemessen, dass er in typischen Fällen dem Nettoeinkommen eines vergleichbaren Versicherten entspricht. Er ist mit dem jeweiligen Rentenartfaktor zu vervielfältigen, so dass er z. B. beim Zusammentreffen von zwei großen Witwenrenten aus der Rentenversicherung und der Unfallversicherung 55% bzw. 60% (Rdnr. 296) des oben genannten Betrages entspricht. Mindestgrenzbetrag ist der Betrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

379 Als Ersatz für den erlittenen immateriellen Schaden und den unfallbedingten Mehraufwand des Verletzten sind zudem Freibeträge bei der Unfallrente vorgesehen, die entsprechend dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit gestaffelt sind und sich in der Höhe an den Grundrentenbeträgen des Bundesversorgungsgesetzes orientieren. Sie reichen seit Juli 2003 von 118 Euro in den alten Bundesländern und 104 Euro in den neuen Bundesländern bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30% bis zu 621 Euro in den alten Bundesländern und 546 Euro in den neuen Bundesländern bei völliger Erwerbsunfähigkeit (MdE von 100%). Bei Schwerbeschädigten (MdE mindestens 50%) erhöht sich dieser Freibetrag ab Vollendung des 65. Lebensjahres nochmals um einen Alterserhöhungsbetrag zwischen 24 Euro und 37 Euro in den alten Bundesländern und 21 Euro und 33 Euro in den neuen Bundesländern. Außerdem gelten bei Knappschaftsrenten weitere Freibeträge (Leistungszuschlag, 15%-Pauschale, Silikose-Freibetrag).

380 Vor In-Kraft-Treten des Rentenreformgesetzes 1992 betrug der Grenzbetrag beim Zusammentreffen von Versichertenrente aus der Rentenversicherung und Verletztenrente aus der Unfallver-

sicherung 80% des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung und sogar 95% des Jahresarbeitsverdienstes bei Bezug einer Versichertenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung. Für bereits vor 1992 zugegangene Renten gelten die höheren Grenzbeträge weiterhin, allerdings ohne die 1992 eingeführte Freibetragsregelung.

### **Beginn, Ende und Zahlung der Renten**

381 Für Beginn und Ende von Renten gilt grundsätzlich das Monatsprinzip, d. h. Renten werden regelmäßig nicht für Teile eines Kalendermonats gezahlt. Eine Ausnahme gilt lediglich für Hinterbliebenenrenten, wenn an den Versicherten eine Rente im Sterbemonat nicht zu leisten war. Diese wird vom Todestag an geleistet.

382 Eine Rente aus eigener Versicherung oder eine Hinterbliebenenrente wird von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Liegt also z. B. der Geburtstag am 1. eines Kalendermonats, wird bei Erreichen der Altersgrenze die Rente bereits von diesem Monat an geleistet. Voraussetzung hierfür ist bei Renten aus eigener Versicherung, dass sie innerhalb von drei Monaten beantragt werden; bei verspäteter Antragstellung werden sie erst vom Antragsmonat an geleistet. Demgegenüber können Hinterbliebenenrenten auch rückwirkend bis zu zwölf Kalendermonate vor dem Antragsmonat geleistet werden. Eine Hinterbliebenenrente an frühere Ehegatten wird immer erst vom Antragsmonat an gezahlt.

383 Befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Zeitrenten) werden aus Gründen einer sachgerechten Risikoverteilung zwischen Kranken- und Rentenversicherung nicht vor Beginn des 7. Kalendermonats nach Eintritt des Versicherungsfalles geleistet. Eine Befristung von Renten erfolgt immer zum Ende des Kalendermonats, in dem voraussichtlich der Anspruch entfällt. Unbefristete Renten werden bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Berechtigte gestorben ist.

384 Wenn sich die Höhe einer Rente aufgrund des Zusammentreffens mit Einkommen ändert, ist die Rente tagesgenau in geänderter Höhe zu leisten. Dadurch werden Versorgungslücken beim Wegfall von Einkommen und Überversorgung beim Hinzutritt von Einkommen innerhalb eines Monats verhindert.

385 Die Renten wurden bis März 2004 von der Deutschen Bundespost generell monatlich im Vor-

aus aufgrund eines Zahlungsauftrags des Versicherungsträgers durch Überweisung auf ein Konto des Versicherten am letzten banküblichen Arbeitstag des Vormonats ausgezahlt. Eine Zustellung der Rente, z. B. durch Briefträger, ist aber auch weiterhin möglich, wenn der Berechtigte wegen hohen Alters oder Gebrechlichkeit dies beantragt. Auch die jährlichen Anpassungen werden im Übrigen regelmäßig von der Deutschen Bundespost durchgeführt, so weit sich nicht im Einzelfall Besonderheiten ergeben.

386 Um ab dem Jahr 2004 den Beitragssatz von 19,5% beibehalten zu können, wurde mit dem 3. Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze die Auszahlung der Renten für die Renten, die ab dem 1. April 2004 zugehen, auf das Monatsende verlegt. Für alle Renten, die vor dem 1. April 2004 begonnen haben, verbleibt es allerdings wie bisher bei der Zahlung der Renten zum Monatsbeginn im Voraus, weil sich in diesen Fällen die Rentner auf die regelmäßige Auszahlung der Renten im Voraus eingestellt haben. Den Rentnerinnen und Rentnern, deren Renten erst ab dem 1. April 2004 beginnen, fließen in aller Regel noch zum Ende des Monats ihrer Erwerbstätigkeit Arbeitsentgelt bzw. Arbeits-einkommen zu, wenn sie unmittelbar aus einer Erwerbstätigkeit in den Ruhestand treten. In den Fällen, in denen unmittelbar vor Beginn der Rente der Lebensunterhalt durch andere Einkunftsquellen gedeckt wurde, dienen diese Einkunftsquellen bis zu dem nun maßgebenden Auszahlungstermin weiterhin als Grundlage für den Lebensunterhalt. Mit dem neuen Rentenauszahlverfahren gilt nun für die Renten, die nach dem 31. März 2004 begonnen haben oder beginnen, der gleiche Auszahlungszeitpunkt wie bei der Auszahlung von anderen Lohnersatzleistungen, z. B. dem Arbeitslosengeld.

387 Ein neuer Rentenbeginn kann nicht dadurch herbeigeführt werden, dass bei Bezug einer Altersrente (z. B. eine Altersrente nach Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit ab vollendetem 60. Lebensjahr) eine neue Altersrente (z. B. eine Altersrente an lang-jährig versicherte ab vollendetem 63. Lebensjahr) beansprucht werden kann. Nach rechtlich verbindlicher Bewilligung einer Altersrente ist der Wechsel in eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder in eine andere Altersrentenart ausgeschlossen.

### **Fremdrentenrecht**

388 Die rentenrechtlichen Ansprüche der Flüchtlinge, Vertriebenen, Aussiedler sowie derjenigen, die vor

Öffnung der deutsch-deutschen Grenze aus der DDR in das alte Bundesgebiet übergesiedelt sind, sind im Fremdrentengesetz geregelt. Das Fremdrentenrecht ging ursprünglich vom Entschädigungsprinzip aus, d. h. die Rentenversicherung trat danach für den Verlust der im Herkunftsgebiet erworbenen Versorgungsanswartschaften grundsätzlich nur in dem Umfang und der Höhe der Leistungen ein, wie Ansprüche in der früheren Heimat erworben waren. 1959 wurde das Entschädigungsprinzip vom Eingliederungsprinzip abgelöst. Danach werden Zuwanderer so in das bundesdeutsche Rentenversicherungssystem einbezogen, als ob sie ihr bisheriges Berufsleben statt im Herkunftsland in der Bundesrepublik Deutschland zurückgelegt hätten.

389 Nach den zum Fremdrentenrecht im Vertrag vom 18. Mai 1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion getroffenen Vereinbarungen findet für Übersiedler, die nach dem 18. Mai 1990 – dem Tag der Unterzeichnung des Vertrages – ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiet der ehemaligen DDR aufgeben und im früheren Bundesgebiet genommen haben, das Fremdrentengesetz keine Anwendung mehr. Gleiches gilt generell auch für alle rentenrechtlichen Zeiten, die nach diesem Stichtag bis zum Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland am 3. Oktober 1990 im Gebiet der ehemaligen DDR zurückgelegt worden sind. An die Stelle der Zahlung einer nach dem Fremdrentenrecht ermittelten Rente für die im Gebiet der ehemaligen DDR zurückgelegten Zeiten tritt die nach Maßgabe der für die neuen Bundesländer geltenden besonderen Übergangsregelungen (Rdnr. 653 ff) berechnete Rente. Für den Ausschluss des Fremdrentenrechts war maßgebend, dass seit der Sozialunion das Nettorentenniveau in den neuen Bundesländern mit dem Nettorentenniveau in den alten Bundesländern vergleichbar ist.

390 Fremdrentner sind nunmehr insbesondere die vertriebenen Arbeiter und Angestellten aus den Vertriebsgebieten sowie die Deutschen, die aus dem Ausland zurückgekehrt sind und aus kriegsbedingten Gründen den zuständigen Versicherungsträger im Ausland nicht in Anspruch nehmen können. Auch die aus Osteuropa zuwandernden volksdeutschen Aussiedler werden generell Vertriebenen gleich gestellt und erwerben daher Ansprüche nach dem Fremdrentengesetz.

391 Anrechenbar sind nach dem Fremdrentengesetz alle Beitragszeiten, die ein Fremdrentner im



Zusammenhang mit der Vertreibung bei einem ausländischen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt haben, oder – unter bestimmten Voraussetzungen – auch Beschäftigungszeiten, in denen Fremdentner vor der Vertreibung in ausländischen Vertreibungsgebieten nach dem 17. Lebensjahr ohne Beitragsleistung zu einer Rentenversicherung beschäftigt waren. Anrechenbar sind außerdem im Herkunftsland zurückgelegte Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten und ggf. Kindererziehungszeiten.

392 Da die Fremdentner keine beitragspflichtigen Inlandsentgelte haben, werden ihren Beitrags- und Beschäftigungszeiten Tabellenwerte zugeordnet, die dem entsprechen, was vergleichbare Versicherte in der Bundesrepublik durchschnittlich verdienen. Die Tabellenwerte unterscheiden zwischen 5 Qualifikationsgruppen (Hochschulabsolvent, Fachschulabsolvent, Meister, Facharbeiter sowie angeleitete und ungelernete Tätigkeiten) und 23 verschiedenen Wirtschaftsbereichen, um zu einer möglichst realitätsbezogenen Einkommensfeststellung zu gelangen. Grundsätzlich werden Beitrags- und Beschäftigungszeiten nach dem Fremdrentengesetz in vollem zeitlichen Umfang angerechnet. Ihr Wert wird auf fünf Sechstel gekürzt, wenn sie nicht nachgewiesen, jedoch – z. B. durch eidesstattliche Versicherung – glaubhaft gemacht sind.

393 Da sich auch in den anderen Herkunftsgemeinschaften des Fremdrentenrechts tief greifende politische Veränderungen vollzogen haben, war es erforderlich, die Regelungen des Fremdrentengesetzes auch für Aussiedler diesen veränderten Gegebenheiten anzupassen. Für Aussiedler, die aufgrund ihrer besonderen Probleme zu uns kommen, verbleibt es zwar grundsätzlich beim Integrationsprinzip des Fremdrentengesetzes, d. h. die im Herkunftsgebiet ausgeübte Beschäftigung wird in das Einkommensgefüge der Bundesrepublik eingeordnet. Mit der Überleitung des Fremdrentenrechts auf die neuen Bundesländer wurde das Fremdrentenrecht aber insoweit fortentwickelt, dass es am jeweiligen Aufenthaltsort – sei es in den alten oder neuen Bundesländern – einen angemessenen Lebensstandard sichert.

394 Aussiedler, die Aufnahme in den neuen Bundesländern gefunden haben, sowie Aussiedler, die nach dem 31. Dezember 1990 in die alten Bundesländer gekommen sind und erstmalig nach dem 1. August 1991 rentenberechtigt geworden sind, erhalten Leistungen nach dem Fremdrentengesetz, die dem

Einkommensniveau strukturschwacher Gebiete der Bundesrepublik entsprechen. Dies war insbesondere gegenüber den Versicherten in den alten und neuen Bundesländern geboten, die in strukturschwachen Gebieten leben. Auch sie erhalten Renten entsprechend den niedrigen Löhnen und Gehältern, die sie im Verlauf ihres Erwerbslebens hier erzielen. Renten für Aussiedler auf der Grundlage höherer Löhne und Gehälter wären ihnen gegenüber nicht vertretbar.

395 Die mit dem Renten-Überleitungsgesetz getroffene Neuregelung des Fremdrentenrechts hat sich für diejenigen, deren Rente bis zum 30. September 1996 begonnen hat, wie folgt ausgewirkt:

- Bei Zuzug vor dem 1. Januar 1991 aus einem Herkunftsgebiet des Fremdrentengesetzes in die alten Bundesländer oder erstmaligem Rentenbeginn vor dem 1. August 1991 wurden Leistungen nach dem Fremdrentengesetz für Zeiten im Herkunftsgebiet in voller Höhe gewährt.
- Bei Zuzug nach dem 31. Dezember 1990 aus einem Herkunftsgebiet des Fremdrentengesetzes in die alten Bundesländer und erstmaligem Rentenbeginn ab dem 1. August 1991 wurden Leistungen nach dem Fremdrentengesetz für Zeiten im Herkunftsgebiet auf einem Niveau gewährt, das dem Lohnniveau strukturschwacher Gebiete in den alten Bundesländern entspricht (70% der bisherigen Leistung).

396 Nach den mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz getroffenen Neuregelungen sind bei den ab dem 1. Oktober 1996 neu zugegangenen oder neu zugehenden Renten anstelle von bisher 70% bzw. 100% nur noch 60% der jeweils maßgeblichen Tabellenwerte zu berücksichtigen. Das Fremdrentenrecht sieht zwei Vertrauensschutzregelungen vor, nach denen der 40-prozentige Abschlag nicht zur Anwendung gelangt. Wie schon der bisherige Abschlag in Höhe von 30% findet auch der neue Abschlag von 40% keine Anwendung auf Zeiten, die nach dem deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 9. Oktober 1975 festzustellen sind. Ferner gilt das bisherige Fremdrentenrecht für alle Berechtigten weiter, die vor dem Tag des Kabinettsbeschlusses zu den Neuregelungen des Fremdrentenrechts, dem 7. Mai 1996, in die Bundesrepublik zugezogen sind und deren Rente spätestens mit Ablauf des Verkündungsmonats des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (September 1996) begonnen hat.

397 Darüber hinaus wurde mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz die weitere Einschränkung eingeführt, dass für diejenigen Aussiedler, die nach dem 6. Mai 1996 ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland genommen haben, der Zahlbetrag aus den nach dem Fremdrentengesetz angerechneten rentenrechtlichen Zeiten auf das Niveau der Eingliederungshilfe begrenzt wird. Dies wird dadurch erreicht, dass die Summe der nach dem Fremdrentengesetz zu berücksichtigenden Entgeltpunkte für ledige Rentner auf 25 Entgeltpunkte (seit 1. Juli 2003 entspricht dies einem Betrag von 653,25 Euro) und für Rentnerhepaare auf 40 Entgeltpunkte (seit 1. Juli 2003 entspricht dies einem Betrag von 1.045,20 Euro) begrenzt wird. Mit dieser Neuregelung wird nach der Minderung der im Rahmen der „Eingliederung“ ermittelten Werte durch einen pauschalen Abschlag von 40% eine weitere Minderung vorgenommen, die den Berechtigten praktisch nur noch die Existenz sichert. Die Neuregelung macht die Höhe der zustehenden Leistung nach dem Fremdrentenrecht erstmals vom Familienstand abhängig und unterscheidet zwischen Berechtigten, die allein leben, und Ehegatten sowie Berechtigten, die in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben. Alle Berechtigten, die vor dem 7. Mai 1996 ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik begründet hatten, bleiben von dieser weiteren Begrenzungsregelung verschont. Diese Berechtigten erhalten den Anteil ihrer Rente, der auf dem Fremdrentenrecht beruht, ohne Begrenzung auf den aus 25 bzw. 40 Entgeltpunkten abgeleiteten Wert.

### Auslandsrentenrecht

398 1,4 Mio. der insgesamt rd. 24 Mio. Renten werden von den Rentenversicherungsträgern ins Ausland gezahlt. Die ins Ausland zu zahlenden Renten unterliegen den Beschränkungen des Auslandsrentenrechts, so weit über- und zwischenstaatliches Recht nicht etwas anderes vorsieht. Etwas anderes kann sich insbesondere aufgrund entsprechender Verordnungen der Europäischen Gemeinschaft (EG) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie bilateraler Sozialversicherungsabkommen ergeben (z. B. mit USA, Kanada, Israel, Marokko, Tunesien). In den Verordnungen und bilateralen Abkommen ist grundsätzlich eine Personen- und Gebietsgleichstellung vorgesehen.

399 Im Übrigen gilt: Bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Bundesgebiets wird die Rente

in vollem Umfang gezahlt. Als vorübergehender Aufenthalt gilt hierbei ein Aufenthalt bis zur Dauer eines Jahres. Bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland wird zwischen Deutschen und Ausländern unterschieden.

400 Deutsche erhalten die Rente aus den im gesamten heutigen Bundesgebiet zurückgelegten Beitragszeiten (Bundesgebiets-Beitragszeiten) in vollem Umfang gezahlt. Zu den Bundesgebiets-Beitragszeiten gehören auch die Zeiten, für die vor dem 9. Mai 1945 nach den Reichsversicherungsgesetzen Pflichtbeiträge für eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit im heutigen Bundesgebiet gezahlt wurden. Deutschen wird darüber hinaus grundsätzlich auch die Rente ins Ausland gezahlt, die aus den für beitragsfreie Zeiten ermittelten Entgeltpunkten berechnet worden ist.

401 Auf dem Fremdrentenrecht beruhende Zeiten und im jeweiligen Geltungsbereich der Reichsversicherungsgesetze außerhalb des heutigen Bundesgebiets zurückgelegte Beitragszeiten (Reichsgebiets-Beitragszeiten) finden bei der Berechnung der ins Ausland zu zahlenden Rente grundsätzlich keine Berücksichtigung. Diese Zeiten gelten als Lücken und finden daher auch keine Berücksichtigung bei der Bewertung der beitragsfreien Zeiten für die ins Ausland zu zahlende Rente. Lediglich für berechnungsberechtigte Deutsche, die bis zum 18. Mai 1990 ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt und bis zu diesem Zeitpunkt das 40. Lebensjahr vollendet haben, gelten besondere auslandsrentenrechtliche Vorschriften, wonach bei der Berechnung der ins Ausland zu zahlenden Rente auch Beitragszeiten nach dem Fremdrentengesetz und Reichsgebiets-Beitragszeiten außerhalb des heutigen Bundesgebiets Berücksichtigung finden. Bei der Berechnung der ins Ausland zu zahlenden Rente werden aus diesen Zeiten aber nur so viele Entgeltpunkte berücksichtigt, wie Entgeltpunkte für Bundesgebiets-Beitragszeiten ermittelt worden sind.

402 Die an Ausländer ins Ausland gezahlte Rente wird nur aus Bundesgebiets-Beitragszeiten ermittelt und nur in Höhe von 70% ausgezahlt. Diese Beschränkungen gelten jedoch nicht für die Staatsangehörige der Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft (EG) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR).

### Leistungen für Kindererziehung

403 Es sind überwiegend Frauen, die wegen der Erziehung von Kleinkindern häufig nicht erwerbstätig

sein und damit in dieser Zeit eigene Rentenansprüche nicht aufbauen können. Um einen Ausgleich für diesen Nachteil zu schaffen, ist durch das Hinterbliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetz ab 1986 erstmals die Anrechnung eines Versicherungsjahres für die Erziehung eines Kindes in der Rentenversicherung verwirklicht worden. Dies war ein entscheidender sozialpolitischer Durchbruch zur Gleichbewertung von Erziehungsarbeit in der Familie und außerhäuslicher Erwerbstätigkeit in der Rentenversicherung. Denn das Kindererziehungsjahr brachte erstmals eine rentenrechtliche Anrechnung der Tätigkeit der Frau in der Familie und bei der Kindererziehung unabhängig von der sozialen Sicherung des Ehemannes und unabhängig davon, ob die Frau erwerbstätig war und Beiträge gezahlt hat.

404 Auch das Rentenreformgesetz 1992 hat eine Vielzahl wichtiger familienpolitischer Verbesserungen gebracht. Hierzu gehört insbesondere die Anrechnung von zwei weiteren Kindererziehungsjahren für Geburten ab 1992. Damit werden Mütter – ggf. auch Väter – für die Zeiten der Kindererziehung gesetzlich rentenversichert, in denen eine Betreuung des Kindes in vorschulischen Einrichtungen im Allgemeinen noch nicht in Betracht kommt. Die Begünstigung der Geburten ab 1992 macht deutlich, dass es sich hierbei um eine in die Zukunft gerichtete Maßnahme handelt, durch die die Entscheidungsmöglichkeiten für die Familie und die Kindererziehung verstärkt werden sollen.

405 Kindererziehungszeiten werden regelmäßig zunächst der Mutter zugeordnet. Bei gemeinsamer Erziehung kann dies aber durch eine übereinstimmende Erklärung der Eltern auch zu Gunsten des Vaters geschehen. Seit 1992 können sich die Eltern die Kindererziehungszeiten auch in der Form teilen, dass z. B. die ersten Monate der Mutter und die anschließenden Monate dem Vater zugeordnet werden. Die übereinstimmende Erklärung ist mit Wirkung für die Zukunft abzugeben, die Zuordnung kann rückwirkend für bis zu zwei Kalendermonate vor Abgabe der Erklärung erfolgen, so weit eine Leistung unter Berücksichtigung dieser Zeiten noch nicht bindend festgestellt worden ist. Waren an der Erziehung nicht nur die leiblichen Eltern bzw. Großeltern beteiligt, ist die Kindererziehungszeit ggf. den Adoptiv-, Stief- oder Pflegeeltern zuzuordnen, wenn diese das Kind in den ersten drei Lebensjahren überwiegend erzogen haben.

406 Die Erziehung muss grundsätzlich im Inland erfolgt sein. Dem steht es gleich, wenn der erziehende Elternteil sich mit seinem Kind gewöhnlich im Ausland aufgehalten hat und er bzw. sein Ehegatte während der Erziehung oder unmittelbar vor der Geburt des Kindes wegen einer dort ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit Pflichtbeitragszeiten zur deutschen Rentenversicherung geleistet hat.

407 Von der Anrechnung von Kindererziehungszeiten sind Personen ausgeschlossen, die anderweitig gesichert sind, also insbesondere Beamte und Angehörige einer berufsständischen Versorgungseinrichtung. Für Beamte ist für Geburten ab 1992 eine eigenständige Regelung im Beamtenversorgungsgesetz geschaffen worden. Ausgeschlossen sind außerdem Angehörige der Geburtsjahrgänge vor 1921, also die Geburtsjahrgänge, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Hinterbliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetzes am 1. Januar 1986 bereits das 65. Lebensjahr vollendet hatten.

408 Die Kindererziehungszeit beginnt nach Ablauf des Monats der Geburt und endet für Geburten vor 1992 nach 12, für Geburten ab 1992 nach 36 Kalendermonaten. Wird während dieses Zeitraums ein weiteres Kind erzogen, verlängert sich die Kindererziehungszeit entsprechend.

409 Kindererziehungszeiten wirken rentenbegründend und werden als solche auch auf die Wartezeit angerechnet. Bis zum 31. Mai 1999 waren Kindererziehungszeiten rentenrechtlich den Pflichtbeitragszeiten gleich gestellt, obwohl während der Kindererziehungszeit dem Entgeltpunktwert entsprechende aktuelle Beiträge nicht gezahlt wurden. Stattdessen war im Regelbundeszuschuss ein pauschaler Betrag enthalten, mit dem der Rentenversicherung die Aufwendungen aus den anerkannten Kindererziehungszeiten erstattet wurden. Seit dem 1. Juni 1999 zahlt der Bund aktuelle Beiträge für die Kindererziehung. Damit sind Kindererziehungszeiten nun auch qualitativ echte Pflichtbeitragszeiten.

410 Bis zum 30. Juni 1998 wurden Kindererziehungszeiten rentensteigernd so bewertet, als seien Beiträge auf der Basis von 75% des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten gezahlt worden, also mit 0,75 Entgeltpunkten im Jahr. Mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurde die rentensteigernde Wirkung der Kindererziehungszeit erheblich verbessert. Mit Wirkung vom 1. Juli 1998 erhöhte sich die rentensteigernde Wirkung auf 0,85 Entgeltpunkte im Jahr, was einem

Beitragswert von 85% des Durchschnittsverdienstes entspricht, und mit Wirkung vom 1. Juli 1999 wurde ein Kindererziehungsjahr mit 0,9 Entgeltpunkten bewertet, was einem Beitragswert von 90% des Durchschnittsverdienstes entspricht. Seit dem 1. Juli 2000 ist der Entgeltpunktwert für ein Kindererziehungsjahr auf 1,0 angehoben worden, was einem Beitragswert von 100% des Durchschnittsverdienstes entspricht.

*411* Nach den bis zum 30. Juni 1998 geltenden Bestimmungen über die Bewertung der Kindererziehungszeit erhielten diejenigen, die während der Kindererziehungszeit erwerbstätig waren und weniger als 75% des Durchschnittsverdienstes verdient hatten, den Entgeltpunktwert für die Beitragszeit entsprechend aufgestockt. Dies galt auch bei freiwilliger Beitragszahlung während der Kindererziehungszeit. In seinem Urteil vom 12. März 1996 hat das Bundesverfassungsgericht diese Aufstockungsregelung bei Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit während der Kindererziehungszeit, die letztlich dazu führte, dass Kindererziehungszeiten keine rentensteigernde Wirkung hatten, wenn aufgrund einer gleichzeitig ausgeübten Erwerbstätigkeit ein Entgelt in Höhe von 75% des Durchschnittsverdienstes oder ein höheres Entgelt versichert wurde, für verfassungswidrig erklärt. Dem Gesetzgeber wurde zur Schaffung einer verfassungskonformen Regelung eine Frist bis zum 30. Juni 1998 gesetzt.

*412* Mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurde deshalb mit Wirkung vom 1. Juli 1998 die so genannte „additive“ Berücksichtigung der Kindererziehungszeit eingeführt. Seit dem 1. Juli 1998 werden – für Rentenzugang und Rentenbestand – Kindererziehungszeiten zusätzlich zu bereits vorhandenen zeitgleichen Beitragszeiten angerechnet, und zwar bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze.

*413* Eine wichtige familienpolitische Verbesserung durch das Rentenreformgesetz 1992 ist die Verlängerung und Funktionserweiterung von Kinderberücksichtigungszeiten. Diese Zeit reicht vom Geburtsmonat bis zum vollendeten 10. Lebensjahr des Kindes, d. h. es wird nicht wie bei der Kindererziehungszeit für jedes Kind eine gleiche Anzahl von Jahren angerechnet. Anders als Kindererziehungszeiten, die als Beitragszeiten unmittelbar rentenbegründende und rentenerhöhende Wirkung haben, wirken sich Berücksichtigungszeiten nur im Rahmen sonstiger rentenrechtlicher Regelungen aus, nämlich

- bei der Aufrechterhaltung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
- bei der Erfüllung der 35jährigen Wartezeit für vorzeitige Altersrenten an schwerbehinderte Menschen ab vollendetem 60. Lebensjahr und an sonstige Versicherte ab vollendetem 63. Lebensjahr,
- bei der Rente nach Mindesteinkommen sowie
- bei der Gesamtleistungsbewertung beitragsfreier und beitragsgeminderter Zeiten.

*414* Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 sind von der Anrechnung von Kindererziehungszeiten und dementsprechend auch von der Anrechnung von Kinderberücksichtigungszeiten ausgeschlossen. Für diesen Personenkreis ist mit Rücksicht auf die große Zahl und das Alter der begünstigten Mütter eine stärker typisierende und pauschalierende Regelung getroffen worden. Sie erhalten eine Kindererziehungsleistung.

*415* Die Kindererziehungsleistung wird unabhängig davon gezahlt, ob die Begünstigten eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder nicht. Die Leistung wird – anders als die Kindererziehungszeit – nicht in die Rentenberechnung einbezogen, sondern pauschal als Zuschlag gewährt. Sie betrug bis zum 30. Juni 1998 für jedes im „Inland“ – in Ausnahmefällen auch im Ausland – lebend geborene Kind monatlich 75% des aktuellen Rentenwerts, was bei isolierter Betrachtungsweise auch dem bis dahin geltenden Wert für ein in der Rentenversicherung angerechnetes Kindererziehungsjahr entsprach.

*416* Durch das Rentenreformgesetz 1999 wurde auch die Kindererziehungsleistung – entsprechend der Regelung bei den Kindererziehungszeiten für die nach 1920 geborenen Versicherten – stufenweise auf 100% des aktuellen Rentenwerts angehoben. Vom 1. Juli 1999 an betrug sie 90% des aktuellen Rentenwerts und seit dem 1. Juli 2000 beträgt sie für jedes geborene Kind 100% des aktuellen Rentenwerts (seit Juli 2003: 26,13 Euro in den alten Bundesländern und 22,97 Euro in den neuen Bundesländern). Die Gesamtzahl der Bezieherinnen von Kindererziehungsleistungen (Stand Ende 2004: rd. 927.000) umfasst neben 616.000 Altersrentnerinnen und 163.000 Witwenrentnerinnen auch 148.000 Mütter, die sonst keine Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. (siehe nebenstehende Tabelle „**Kindererziehungszeiten**“)

**Die Anzahl der Renten mit Kindererziehungszeiten/-leistungen, die durchschnittliche Höhe der Leistungen sowie der durchschnittliche Auszahlungsbetrag<sup>1)</sup> in Deutschland nach Versicherungs Zweigen in den alten und neuen Ländern am 31.12.2004**

Versicherungszweig	Anzahl der Kindererziehungszeiten/-leistungen	ø Höhe der Leistungen in €/Monat	Durchschnittlicher Auszahlungsbetrag in €/Monat	davon			
				Anzahl der Kindererziehungsleistungen	ø Höhe der Leistungen in €/Monat	Anzahl der Kindererziehungszeiten	ø Höhe der Leistungen in €/Monat
Rentenart /Leistungen							
<b>Deutschland</b>							
<b>Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten</b>							
zu Versichertenrenten <sup>2)</sup>	8,157,535	59.21	505.16	613,453	57.96	7,544,082	59.31
zu Renten wegen Todes	629,844	38.01	338.29	144,574	66.44	485,270	29.54
davon							
Erziehungsrenten	10,007	70.16	732.85	-	-	10,007	70.16
Witwen/Witwerrenten	521,427	43.09	363.82	144,574	66.44	376,853	34.13
Waisenrenten	98,410	7.55	162.89	-	-	98,410	7.55
ohne gleichzeitigen Rentenbezug	139,159	68.83	68.83	139,159	68.83	-	-
<b>Leistungen insgesamt</b>	<b>8,926,538</b>	<b>57.86</b>	<b>486.58</b>	<b>897,186</b>	<b>61.01</b>	<b>8,029,352</b>	<b>57.51</b>
<b>Knappschaftliche Rentenversicherung</b>							
zu Versichertenrenten <sup>2)</sup>	117,072	54.06	728.01	3,202	61.79	113,870	53.84
zu Renten wegen Todes	26,300	54.02	768.55	18,283	64.47	8,017	30.21
davon							
Erziehungsrenten	102	72.44	888.17	-	-	102	72.44
Witwen/Witwerrenten	25,171	55.78	790.45	18,283	64.47	6,888	32.72
Waisenrenten	1,027	8.91	219.75	-	-	1,027	8.91
ohne gleichzeitigen Rentenbezug	8,783	62.57	62.57	8,783	62.57	-	-
<b>Leistungen insgesamt</b>	<b>152,155</b>	<b>54.54</b>	<b>696.67</b>	<b>30,268</b>	<b>63.63</b>	<b>121,887</b>	<b>52.28</b>
<b>Gesetzliche Rentenversicherung</b>							
zu Versichertenrenten <sup>2)</sup>	8,274,607	59.13	508.31	616,655	57.98	7,657,952	59.23
zu Renten wegen Todes	656,144	38.65	355.53	162,857	66.21	493,287	29.55
davon							
Erziehungsrenten	10,109	70.18	734.42	-	-	10,109	70.18
Witwen/Witwerrenten	546,598	43.67	383.47	162,857	66.21	383,741	34.11
Waisenrenten	99,437	7.56	163.47	-	-	99,437	7.56
ohne gleichzeitigen Rentenbezug	147,942	68.46	68.46	147,942	68.46	-	-
<b>Leistungen insgesamt</b>	<b>9,078,693</b>	<b>57.81</b>	<b>490.11</b>	<b>927,454</b>	<b>61.10</b>	<b>8,151,239</b>	<b>57.43</b>
<b>Alte Länder</b>							
<b>Gesetzliche Rentenversicherung</b>							
zu Versichertenrenten <sup>2)</sup>	6,342,028	61.38	460.31	583,050	58.50	5,758,978	61.68
zu Renten wegen Todes	523,996	40.94	375.11	160,134	66.41	363,862	29.73
davon							
Erziehungsrenten	6,652	72.73	721.68	-	-	6,652	72.73
Witwen/Witwerrenten	437,284	46.49	409.05	160,134	66.41	277,150	34.97
Waisenrenten	80,060	7.73	160.94	-	-	80,060	7.73
ohne gleichzeitigen Rentenbezug	147,612	68.47	68.47	147,612	68.47	-	-
<b>Leistungen insgesamt</b>	<b>7,013,636</b>	<b>60.01</b>	<b>445.70</b>	<b>890,796</b>	<b>61.57</b>	<b>6,122,840</b>	<b>59.78</b>
<b>Neue Länder</b>							
<b>Gesetzliche Rentenversicherung</b>							
zu Versichertenrenten <sup>2)</sup>	1,932,579	51.75	665.84	33,605	49.02	1,898,974	51.80
zu Renten wegen Todes	132,148	29.58	277.90	2,723	54.62	129,425	29.05
davon							
Erziehungsrenten	3,457	65.28	758.93	-	-	3,457	65.28
Witwen/Witwerrenten	109,314	32.43	281.12	2,723	54.62	106,591	31.86
Waisenrenten	19,377	6.85	173.93	-	-	19,377	6.85
ohne gleichzeitigen Rentenbezug	330	64.26	64.26	330	64.26	-	-
<b>Leistungen insgesamt</b>	<b>2,065,057</b>	<b>50.33</b>	<b>640.91</b>	<b>36,658</b>	<b>49.57</b>	<b>2,028,399</b>	<b>50.35</b>

1) Rentenzahlbetrag in Euro nach Abzug des Eigenbeitrags der Rentner zur KvVr und PVDr zuzüglich der Kindererziehungsleistung.

2) Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Renten wegen Alters.

Quelle: VDR (seit 1. Oktober 2005 Deutsche Rentenversicherung Bund)



417 Leistungen für Kindererziehung werden auf einkommensabhängige Sozialleistungen, also vor allem auf Wohngeld und Sozialhilfe, nicht angerechnet. Sie sind auch nicht steuerpflichtig.

418 Vor 1992 wurden den Trägern der Rentenversicherung die Aufwendungen für Kindererziehungszeiten bzw. die Kindererziehungsleistungen jeweils vom Bund erstattet. Im Rentenreformgesetz 1992 wurde dann vorgesehen, dass der Bundeszuschuss im Jahr 1992 um den Erstattungsbetrag des Jahres 1991 (4,8 Mrd. DM) zusätzlich erhöht und anschließend entsprechend der Entgelt- und Beitragssatzentwicklung fortgeschrieben wird. Damit ist ab 1992 die getrennte Erstattung dieser Leistung entfallen. Seit dem 1. Juni 1999 zahlt der Bund echte Beiträge für die Kindererziehung. Im Gegenzug wurde der Bundeszuschuss um den Betrag der in ihm enthaltenen Erstattungen für Kindererziehungszeit bedingte Aufwendungen (7,2 Mrd. DM) gemindert. Für Kindererziehungszeiten hat der Bund in pauschaler Form für 1999 13,6 Mrd. DM und für 2000 22,4 Mrd. DM gezahlt. Der Pauschalbetrag für das Jahr 2000 hat sich ab dem Jahr 2001 entsprechend der Entwicklung von durchschnittlichem Bruttoarbeitsentgelt, Beitragssatz und Zahl der Kinder unter 3 Jahren verändert. Nach dieser Berechnungsmethodik ergeben sich für das Jahr 2006 Beitragszahlungen des Bundes für Kindererziehungszeiten in Höhe von rd. 11,7 Mrd. Euro.

### Versorgungsausgleich

419 Der für Ehescheidungen ab Juli 1977 geltende Versorgungsausgleich soll – ausgehend vom Leitbild einer gleichberechtigten Partnerschaft in der Ehe – entsprechend dem Grundgedanken des Zugewinnausgleichs eine gleichmäßige Aufteilung der in der Ehezeit erworbenen Versorgungsanrechte auf beide Ehegatten bewirken. Er wird in der Weise vorgenommen, dass die Werte der in der Ehezeit von den Eheleuten erworbenen Versorgungsanswartschaften einander gegenübergestellt werden und der Ehegatte mit den höheren Answartschaften die Hälfte des Unterschiedsbetrags an den geschiedenen Ehegatten abgeben muss. Statt der abgeleiteten Geschiedenenwitwenrente, worauf nur noch bei Ehescheidungen vor dem 1. Juli 1977 ein Anspruch bestehen kann und die grundsätzlich das Bestehen eines Unterhaltsanspruchs voraussetzt, erwirbt oder verbessert durch den Versorgungsausgleich der geschiedene Ehepartner einen eigenständigen Versorgungsanspruch.

420 Die Durchführung des Versorgungsausgleichs richtet sich nach der Art der Versorgung. Answartschaften auf Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden vom Versicherungskonto des Ausgleichsverpflichteten auf das Konto des Ausgleichsberechtigten übertragen (Splitting). Hat hingegen der ausgleichsverpflichtete Ehegatte aus einem öffentlich-rechtlichem Dienstverhältnis in der Ehezeit Versorgungsanrechte erworben (z. B. Beamtenversorgung) oder richtet sich das auszugleichende Anrecht gegen einen anderen öffentlich-rechtlichen Versorgungsträger (z. B. berufsständische Versorgungseinrichtung, Alterssicherung der Landwirte, Zusatzversorgungskasse des öffentlichen Dienstes), werden für den ausgleichsberechtigten Ehegatten Answartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung begründet (Quasi-Splitting). Die sich hieraus ergebenden Aufwendungen werden den Rentenversicherungsträgern von den öffentlich-rechtlichen Versorgungsträgern erstattet.

421 Besonders kompliziert ist der Versorgungsausgleich bei privaten Anrechten (z. B. betriebliche Altersversorgung der Privatwirtschaft, private Rentenversicherung). Hier sieht das Gesetz in bestimmtem Umfang die Möglichkeit der Begründung von Rentenanswartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung durch Beitragszahlung vor, ggf. aber auch die Möglichkeit des erweiterten Splittings eines anderen öffentlich-rechtlichen Anrechts oder des schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs.

422 Grundsätzlich erfolgt der Versorgungsausgleich durch Übertragung oder Begründung von Answartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung (öffentlich-rechtlicher Versorgungsausgleich); die Realteilung eines Versorgungsanrechts außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung ist nur in den seltenen Fällen möglich, in denen die maßgebliche Versorgungsregelung dies vorsieht. Der schuldrechtliche Versorgungsausgleich erfolgt durch Zahlung einer Ausgleichsrente zwischen den geschiedenen Ehegatten; diese Zahlungspflicht entsteht aber erst dann, wenn der ausgleichspflichtige Ehegatte die ihm zustehende Versorgung bereits bezieht und der ausgleichsberechtigte Ehegatte ebenfalls die Voraussetzungen für den Bezug einer Versorgung erfüllt. Stirbt der ausgleichspflichtige Ehegatte, kann sich der Zahlungsanspruch des Berechtigten unter bestimmten Voraussetzungen auch gegen den Versorgungsträger richten (verlängerter schuldrechtlicher Versorgungsausgleich).



423 Ein Versorgungsausgleich findet nicht statt, wenn seine Durchführung grob unbillig wäre sowie ggf. in den Bagatellfällen, in denen der Wert des auszugleichenden Anrechts 0,25% der monatlichen Bezugsgröße (dies entspricht im Jahr 2006 einem Betrag in Höhe von 6,13 Euro in den alten Bundesländern und einem Betrag in Höhe von 5,06 Euro in den neuen Bundesländern) nicht übersteigt. Er findet auch dann nicht statt, wenn die Ehegatten im Zusammenhang mit der Scheidung und mit Genehmigung des Familiengerichts einen Ausgleich in anderer Weise (z. B. durch Übertragung von Vermögen oder durch Abschluss von Lebensversicherungsverträgen) vereinbaren.

424 Die Übertragung und Begründung von Rentenanwartschaften (ohne Beitragszahlung) erfolgt durch Entscheidung des Familiengerichts. Rechtstechnisch geschieht dies in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Weise, dass zu Lasten des Ausgleichsverpflichteten ein Abschlag an Entgeltpunkten vorgenommen wird und zugunsten des Ausgleichsberechtigten ein entsprechender Zuschlag. Der Zuschlag an Entgeltpunkten darf zusammen mit den in der Ehezeit bereits vorhandenen Entgeltpunkten pro Jahr aber den Wert von zwei Entgeltpunkten nicht übersteigen. Die Entgeltpunkte werden in der Weise ermittelt, dass der Monatsbetrag der Rentenanwartschaften durch den aktuellen Rentenwert mit seinem Wert bei Ende der Ehezeit geteilt wird. Der Ausgleichsverpflichtete kann durch den Versorgungsausgleich geminderte Rentenanwartschaften durch entsprechende Beitragszahlungen wieder auffüllen.

425 Ein Abschlag an Entgeltpunkten wird nicht vorgenommen, wenn der Verpflichtete im Zeitpunkt der Ehescheidung bereits Rente bezog und ein Zuschlag beim Ausgleichsberechtigten noch nicht zur Auszahlung kam (so genanntes Rentnerprivileg). Ab dem Zeitpunkt des Beginns der Rente an den Ausgleichsberechtigten wird der Betrag der Rente an den Verpflichteten um den bestimmten Abschlag an Entgeltpunkten gekürzt. Die Kürzung entfällt, wenn der Berechtigte vor seinem Tod keine Leistungen aus dem Versorgungsausgleich bezogen hat. Hat er insgesamt nicht mehr als zwei Jahresbeträge bezogen, ist die Kürzung ebenfalls unter Anrechnung der bereits erbrachten Leistungen aufzuheben.

426 Die Übertragung oder Begründung von Rentenanwartschaften durch den Versorgungsausgleich führt nicht nur zu höheren Rentenansprüchen, sondern

auch zu einer höheren Wartezeit. So weit die in die Ehezeit fallenden Kalendermonate nicht bereits auf die Wartezeit anzurechnen sind, erhöht ein Zuschlag an Entgeltpunkten die Wartezeit um die volle Anzahl an Monaten, die sich ergibt, wenn der Zuschlag an Entgeltpunkten durch 0,0313 geteilt werden. Ein Zuschlag von z. B. 0,75 Entgeltpunkten erhöht somit die auf die Wartezeit anzurechnende Versicherungszeit um zwei Jahre.

427 Nach der Vorstellung des Gesetzgebers soll der Versorgungsausgleich möglichst zusammen mit der Ehescheidung vorgenommen werden, um eine endgültige Trennung der Ehepartner zu ermöglichen. Da aber Versorgungsrechte sich bspw. durch nachträgliche Rechtsänderungen in ihrem Wert noch erheblich ändern können, ist seit 1987 unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit einer nachträglichen Abänderung der Entscheidung über den Versorgungsausgleich eröffnet worden. Eine solche Korrekturmöglichkeit besteht auch dann, wenn ein verfallbares und deshalb nicht auszugleichendes Anrecht nachträglich unverfallbar wird.

428 Im Zusammenhang mit der Einführung des Versorgungsausgleichs und dem Wegfall der Geschiedenen-Hinterbliebenenrente ist zur Ergänzung der sozialen Sicherung insbesondere der geschiedenen Frau die Erziehungsrente eingeführt worden: Diese steht dem (der) Versicherten für den Fall des Todes des geschiedenen Ehegatten zu, wenn er (sie) nicht wieder geheiratet hat und ein noch minderjähriges Kind zu erziehen oder zu versorgen hat. Bei der Erziehungsrente handelt es sich um eine Rente aus eigener Versicherung, die ggf. unter Einschluss der durch den Versorgungsausgleich übertragenen oder begründeten Rentenanwartschaft und unter Einschluss einer Zurechnungszeit zu ermitteln ist.

### **Krankenversicherung der Rentner**

429 Nach den bis zum 31. März 2002 geltenden Regelungen waren nur die Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der Rentenversicherung erfüllen, von dem Zeitpunkt der Rentenanspruchsstellung an in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert, die seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren. Dabei waren auch Zeiten der beitragsfreien Familienversicherung als Pflichtversicherungszeit

zu berücksichtigen, wenn die Familienversicherung auf einer Pflichtmitgliedschaft des beitragszahlenden Familienmitglieds zur gesetzlichen Krankenversicherung beruht hat. Zeiten einer freiwilligen Versicherung (z. B. wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze) wurden dagegen seit 1989 nicht mehr als Vorversicherungszeit angerechnet. Rentner, die insbesondere aus diesem Grund die 9/10-Pflichtbelegung nicht erfüllten, hatten bis zum 31. März 2002 nur die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

430 Das Bestehen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rentenalter führt dann gegenüber einer Pflichtversicherung im Rentenalter zu einer Beitragsmehrbelastungen, wenn die Betroffenen neben der Rente noch über Einnahmen aus Einkommensarten verfügen, die nur bei freiwillig Versicherten, nicht aber bei Pflichtversicherten der Beitragspflicht unterliegen (z. B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung oder Kapitalvermögen) oder über zusätzliche Versorgungsbezüge, insbesondere Betriebsrenten, verfügen, auf die bei freiwillig Versicherten der volle Beitragssatz, bei Pflichtversicherten aber nach dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden beitragsrechtlichen Regelungen nur der halbe Beitragssatz anzuwenden war. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu mit Beschluss vom 15. März 2000 entschieden, dass Rentner, die früher freiwillig krankenversichert waren, in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht schlechter gestellt werden dürfen als Pflichtversicherte. Dem Gesetzgeber wurde vom Bundesverfassungsgericht vorgegeben, bis zum 31. März 2002 eine gesetzliche Neuregelung im Beitragsrecht für Rentner zu finden. Darüber hinaus war vom Bundesverfassungsgericht für den – letztlich auch eingetretenen – Fall, dass es bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu einer Neuregelung kommt, bestimmt worden, dass sich der Zugang zur Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. April 2002 nach den Regelungen über den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner richtet, die im Jahr 1988 gegolten haben. Danach konnten auch Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft und Zeiten der Familienversicherung bei einem freiwilligen Mitglied die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner begründen. Eine Pflichtversicherung aus anderen Gründen geht jedoch regelmäßig einer solchen als Rentner vor.

431 Wäre diese Regelung für alle Rentner, die am 31. März 2002 bereits eine Rente bezogen haben, obliga-

torisch gewesen, hätten sich Fälle ergeben können, in denen sich aufgrund dieser Regelung ein geringerer (Netto-)Zahlbetrag bei der gesetzlichen Rente eingestellt hätte. Dies wäre der Fall bei bis zum 31. März 2002 – beitragsfrei – familienversicherten Rentnern und Rentnerinnen gewesen, die ab dem 1. April 2002 die Voraussetzungen für die eigenständige Versicherungspflicht in der Krankenversicherung erfüllen, sowie bei freiwillig versicherten Rentnern mit ermäßigtem Beitragssatz (Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch), die ohne Nebeneinkünfte sind.

432 Rentenbeziehern, die auf Grund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 vom 1. April 2002 an als Rentner versicherungspflichtig geworden sind, ist daher vom Gesetzgeber ein Anspruch darauf eingeräumt worden, die Versicherung als freiwilliges Mitglied für die Zeit ab dem 1. April 2002 fortzusetzen. Durch Geltendmachung dieses Anspruchs hatten sie die Möglichkeit erhalten, Beitragsmehrbelastungen auf Grund des Eintritts der Versicherungspflicht für sich und für ihren Ehegatten zu vermeiden, wenn dieser bis zum 31. März 2002 beitragsfrei familienversichert gewesen ist und ebenfalls ab dem 1. April 2002 als Rentner versicherungspflichtig geworden wäre.

433 Seit dem 1. Juli 1997 gilt auch für die krankenversicherungspflichtigen Rentner jeweils der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse, deren Mitglied der Rentner ist. Der Krankenversicherungsbeitrag ist zur Hälfte von den krankenversicherungspflichtigen Rentnern zu tragen. Die andere Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags wird von der Rentenversicherung übernommen.

434 Der vom Rentner zu tragende Krankenversicherungsbeitrag wird von den Rentenversicherungsträgern einbehalten und zusammen mit dem vom Rentenversicherungsträger getragenen Beitragsanteil an die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis zum 30. September 2005: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) abgeführt und von dort nach einem bestimmten Schlüssel an die Krankenkassen verteilt.

435 Für die in der Krankenversicherung pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner war nach der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Regelung jeweils der am 1. Januar eines Jahres geltende allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse maßgebend. Galt am 1. Januar des laufenden Jahres ein anderer Beitragssatz als am 1. Januar des vergangenen Jahres, wurde

diese Beitragssatzänderung erst zum nächsten Rentenanpassungstermin am 1. Juli des laufenden Jahres berücksichtigt. Diese Regelung wurde mit dem 2. Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch geändert. Beginnend mit dem 1. April 2004 wird in jedem Monat eine Änderung des jeweiligen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse berücksichtigt, wenn die Änderung drei Monate vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Ab dem 1. April 2004 war somit für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner der allgemeine Beitragssatz maßgebend, der bei der jeweiligen Krankenkasse am 1. Januar 2004 gegolten hat.

436 Im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung war vorgesehen, den Zahnersatz ab dem 1. Januar 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern. Gleichzeitig sollten alle Krankenversicherten – somit auch die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentner – verpflichtet werden, sich mit einem pauschalen, einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag eine Zahnersatzversicherung zu verschaffen. Darüber hinaus sollte ab dem 1. Januar 2006 ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% des Einkommens erhoben werden, der von den Versicherten allein zu tragen gewesen wäre.

437 Bei dieser gesetzgeberisch verabschiedeten Regelung ist es jedoch nicht geblieben. Noch vor dem Wirksamwerden dieser Regelungen sind dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz zur Folge alle gesetzlich Krankenversicherten – somit auch die gesetzlich krankenversicherten Rentnerinnen und Rentner – ab dem 1. Juli 2005 verpflichtet, einen nicht zweckgebundenen Sonderbeitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 0,9% des versicherungspflichtigen Einkommens zu zahlen. Die im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Zusatzbeitragsregelungen sind damit hinfällig geworden.

438 Der von den Rentnerinnen und Rentnern in voller Höhe – also ohne Beitragsanteil der Rentenversicherung – zu tragende Zusatzbeitrag wird wie der allgemeine Krankenversicherungsbeitrag vom Rentenversicherungsträger einbehalten und an die Krankenversicherung abgeführt. Da die Krankenkassen mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz verpflichtet worden sind, ihre Beitragssätze für den allgemeinen, von der Rentenversicherung

und den Rentnern je zur Hälfte zutragenden Krankenversicherungsbeitrag zum 1. Juli 2005 zeitgleich um 0,9 Prozentpunkte zu senken, hatte die Einführung des Sonderbeitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 0,9% für die Rentnerinnen und Rentner zur Folge, dass sich ihr (Netto-)Rentenzahlbetrag zum 1. Juli 2005 im Saldo um 0,45% gemindert hat, da der Bruttobetrag der Renten zum 1. Juli 2005 nicht angehoben wurde (Rdnr. 299 und 349a).

439 Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, privat versichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung ausgezahlt. Dieser Zuschuss wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Träger der Rentenversicherung als Krankenversicherungsbeitrag für pflichtversicherte Rentner zu tragen hat. Ab dem 1. April 2004 gilt auch für die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentner, dass sich bei einer Änderung des Beitragssatzes ihrer Krankenkasse ihr Beitragszuschuss wie bei den pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner zeitnah ändert. Der Zuschuss ist auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt.

### **Pflegeversicherung der Rentner**

440 In der Krankenversicherung versicherungspflichtige Rentner sind seit dem 1. Januar 1995 auch in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Den Beitrag (seit dem 1. Januar 1996 1,7% der Rente) hatten die Rentnerinnen und Rentner bis zum 31. März 2004 zur Hälfte zu tragen; die andere Hälfte wurde von der Rentenversicherung übernommen. Aufgrund der äußerst angespannten finanziellen Situation der Rentenversicherung im Jahr 2004 ist diese Leistung mit dem 2. Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze seit dem 1. April 2004 aufgehoben worden, um den Beitragssatz in Höhe von 19,5% im Jahr 2004 beibehalten zu können. Der Gesetzgeber hielt die Einstellung dieser Leistung als angemessenen Beitrag der Rentnerinnen und Rentner zur Stabilisierung des Beitragssatzes für gerechtfertigt, weil die Rentenversicherung sie gewährt hatte, obwohl die Rentnerinnen und Rentner, denen diese Leistungen ab dem Jahr 1995 zugute gekommen ist, während ihrer Erwerbsphase nur verhältnismäßig kurz durch eigene Beiträge oder überhaupt nicht zur Finanzierung dieser Leistung beigetragen haben.

441 Wie beim Krankenversicherungsbeitrag zahlen die Träger der Rentenversicherung die Beiträge der Rentner zur Pflegeversicherung an die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis 30. September 2005: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte). Diese zahlt die ihr überwiesenen Beiträge zusammen mit den von ihr selbst abzuführenden Beiträgen an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen.

442 Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber mit einem Urteil aus dem Jahre 2001 aufgefordert, Kindererziehende in der sozialen Pflegeversicherung auf der Beitragsseite spätestens ab dem 1. Januar 2005 besser zu stellen als Versicherte, die keine Kinder erzo-gen haben. Mit dem so genannten Kinder-Berücksichtigungsgesetz hat der Gesetzgeber diese Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt. Nach diesem Gesetz ist mit Wirkung ab dem 1. Januar 2005 ein zusätzlicher Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 0,25 Prozentpunkte für alle kinderlosen Pflegeversicherten eingeführt worden, die 23 Jahre oder älter sind und nach dem 31. Dezember 1939 geboren wurden. Von dem Zuschlag ausgenommen sind alle leiblichen Eltern, Adoptiveltern, Stiefeltern und Pflegeeltern. Ein Kind befreit beide Eltern vom Beitragszuschlag. Beitragszuschlagspflichtig sind damit auch alle kinderlosen Rentner, die am 31. Dezember 2004 die Regelaltersgrenze von 65 Jahren noch nicht erreicht haben. Der von den Rentnerinnen und Rentner zu zahlende Zusatzbeitrag ist ebenfalls von den Rentenversicherungsträgern einzubehalten und über die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis 30. September 2005: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) an die soziale Pflegeversicherung abzuführen.

443 Es wird davon ausgegangen, dass potentiell über 3,5 Mio. Rentnerinnen und Rentner unter die gesetzliche Regelung fallen, weil sie am 31. Dezember 2004 noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Nach Schätzungen der Rentenversicherungsträger dürfte aber nur von rd. 1 Mio. kinderlosen Rentnerinnen und Rentner der Beitragszuschlag tatsächlich zu zahlen sein. Um den Rentenversicherungsträgern für die Feststellung der zusätzlichen Beitragspflicht im Einzelfall ausreichend Zeit einzuräumen, ist für Rentnerinnen und Rentner der Beitragszuschlag für die Monate Januar bis März 2005 zusammen mit dem Beitragszuschlag für den Monat April 2005 zu erheben, so dass kinderlosen Rentnerinnen und Rentner von der Rente für April 2005 insgesamt ein Beitragszuschlag von 1% (4 x 0,25%) der Rente einbehalten wird.

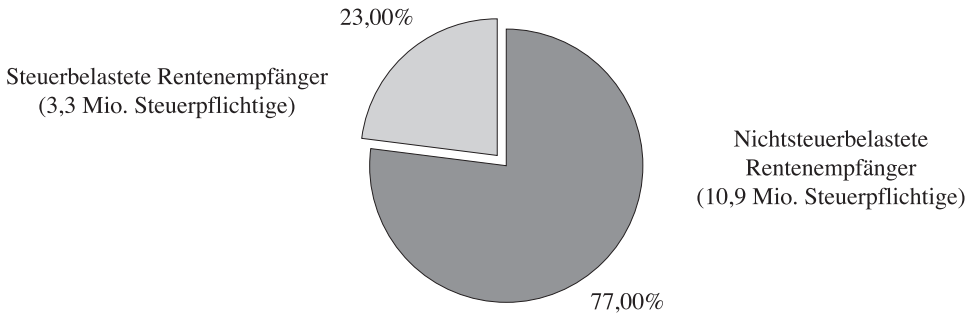
444 Rentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, oder Rentner, die verpflichtet sind, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen, erhielten bis zum 31. März 2004 einen Zuschuss zur Pflegeversicherung. Der Zuschuss entsprach dem Betrag, den die Rentenversicherung bei Versicherungspflicht zu zahlen hätte, also dem hälftigen Beitrag zur Pflegeversicherung. Mit der Einstellung der hälftigen Beteiligung der Rentenversicherung am Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung für die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner zum 1. April 2004 ist der Zuschuss zur Pflegeversicherung für die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnerinnen und Rentner ebenfalls zum 1. April 2004 eingestellt worden.

### Besteuerung der Renten

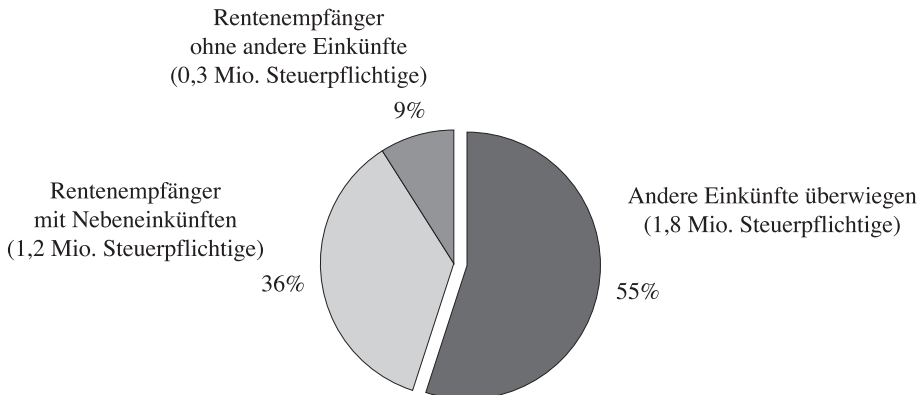
445 Renten der gesetzlichen Rentenversicherung wurden nach den bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Bestimmungen des Einkommensteuerrechts nur in Höhe des Ertragsanteils besteuert. Dem lag der Gedanke zugrunde, dass sich die einzelne Rentenzahlung aus einem Tilgungsanteil des bei Rentenbeginn vorhandenen Rentenstammrechts (vergleichbar einem angesammelten Kapitalstock) und aus einem Zinsanteil zusammensetzt. Nur der Zins- oder Ertragsanteil, der sich für die Zeit nach Rentenbeginn ergibt, sollte als erstmals zufließendes Einkommen der Besteuerung unterliegen, während der Tilgungsanteil steuersystematisch als Rückzahlung eines dem Rentenempfänger bereits gehörenden Vermögenswertes angesehen und deshalb einkommensteuerrechtlich nicht erfasst wurde. Der Ertragsanteil einer Rente war in Tabellenform pauschaliert festgelegt worden. Seine Höhe hing lediglich vom Alter des Rentenberechtigten bei Rentenbeginn ab und betrug z. B. bei Rentenbeginn nach vollendetem 65. Lebensjahr 27% der Jahresrente. Im Ergebnis waren vom Ertragsanteil dann Steuern zu entrichten, wenn dieser zusammen mit eventuell weiteren steuerpflichtigen Einkünften (aus betrieblichen Versorgungszusagen, Vermietung und Verpachtung oder Vermögensanlagen) die Summe aus steuerlichen Freibeträgen und Pauschalen überschritten waren.

446 Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem am 6. März 2002 verkündeten Urteil entschieden, dass die unterschiedliche Besteuerung von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (Besteuerung

### Steuerbelastete und nicht steuerbelastete Rentenempfänger nach neuem Recht 2005



### Struktur der 3,3 Mio. steuerbelasteten Rentenempfänger nach neuem Recht 2005



Hinweis: Die Grafiken beziehen sich auf Steuerpflichtige mit Leibrentenbezug. Ein zusammenveranlagtes Ehepaar rechnet als ein steuerpflichtiger Rentenempfänger, auch wenn beide Partner Rente beziehen.

nur mit einem Ertragsanteil) und Beamtenpensionen (Besteuerung als Einkommen nach § 19 Einkommensteuergesetz in voller Höhe bis auf den damaligen Versorgungsfreibetrag von höchstens 6.000 DM) mit dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz unvereinbar und damit verfassungswidrig ist. Es hat dem Gesetzgeber aufgegeben, spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2005 eine Neuregelung zu treffen, und zugleich bestimmt, dass die bisherigen steuerlichen Regelungen nur noch bis zum Inkraft-Treten einer Neuregelung, längstens jedoch mit Wirkung bis zum 31. Dezember 2004, anzuwenden sind.

447 Mit dem Alterseinkünftegesetz, das am 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist, ist die steuerliche Behandlung von Altersbezügen und Altersvorsorgeaufwendungen mit Wirkung ab dem Jahr 2005 neu geordnet worden. Dieses Gesetz sieht für die Besteuerung der Alterseinkünfte den schrittweisen Übergang auf das Prinzip der so genannten nachgelagerten Besteuerung (Steuerentlastung der Altersvorsorgebeiträge – Besteuerung der darauf beruhenden Renten) vor. Danach steigt im Startjahr der Neuregelung (2005) der Besteuerungsanteil der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von bisher bis zu 27% auf



50% der Rente. Dies gilt sowohl für alle Renten, die bereits vor dem 1. Januar 2005 begonnen haben, als auch für die Renten, die erstmals im Jahr 2005 beginnen. Der zu versteuernde Anteil der Rente steigt für jeden neu hinzukommenden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2020 in Schritten von 2% auf 80% der Rente und anschließend in Schritten von 1% bis zum Jahr 2040 auf dann 100% der Rente. Der sich nach Maßgabe der Prozentsätze jeweils ergebende steuerfrei bleibende Teil der Jahresbruttorente wächst dabei nicht entsprechend der Rentendynamik im Zeitverlauf an, sondern wird für jeden Rentner auf Dauer nominal festgeschrieben. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Erhöhungen des Rentenzahlungsbetrages aus den jährlichen Rentenanpassungen nach dem Beginn der Rente in voller Höhe der Besteuerung unterliegen. Im Gegenzug sind die geleisteten Altersvorsorgebeiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung) beginnend mit 60% der geleisteten Altersvorsorgebeiträge im Jahr 2005, bis zum Jahr 2025 in jeweils 2-Prozentpunktschritten auf dann 100% der geleisteten Altersvorsorgebeiträge ansteigend steuerlich abziehbar sind. Bestandsrenten und Zugangsrenten des Jahres 2005 sind bis zu einer Rente von rd. 18.900 Euro/Jahr (rd. 1.575 Euro/Monat) für Alleinstehende grundsätzlich steuerfrei, soweit keine weiteren Einkünfte vorliegen. Bei Verheirateten verdoppeln sich diese Beträge. Die neuen steuerlichen Regelungen führen dazu, dass 2005 1,3 Mio. Rentnerhaushalte mehr und damit insgesamt 3,3 Mio. Rentnerhaushalte tatsächlich Steuern zu zahlen haben. Erstmals wird es im Jahr 2005 auch (300.000) Rentner geben, die alleine aufgrund des Bezugs einer (sehr hohen) Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Steuern zu zahlen haben. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl der steuerbelasteten Rentner, die neben ihrer gesetzlichen Rente weitere Einkünfte beziehen, um 50% zunehmen wird. Von diesen Rentnern werden im Jahr 2005 weitere 1 Mio. Rentner Steuern zahlen müssen. Die Besteuerung der Renten wird durch jährliche Rentenbezugsmitteilungen der Rentenversicherungsträger an eine zentrale Stelle der Finanzverwaltung sichergestellt. Eingerichtet wird diese zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (bis Ende 2004 als Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bezeichnet). Hier werden die Daten zusammengeführt und an die jeweils zuständige Landesfinanzbehörde übermittelt. Dieses Mitteilungsverfahren ersetzt im Einzelfall jedoch nicht die Verpflichtung zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung.

### **Vermeidung von Armut im Alter und bei voller Erwerbsminderung**

448 Vor allem ältere Menschen haben Sozialhilfensprüche oft nicht geltend gemacht, weil sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchteten. Die Hauptursache für verschämte Altersarmut ist durch die mit dem Altersvermögensgesetz eingeführte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung entfallen. Durch die Grundsicherung ist es für ältere Menschen leichter, ihre berechtigten Ansprüche geltend zu machen. Darüber hinaus ist durch die Grundsicherung auch die Lebenssituation erwerbsgeminderter Menschen, gerade auch derjenigen, die von Geburt oder früher Jugend an schwerstbehindert sind, deutlich verbessert worden.

449 Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist wie folgt ausgestaltet:

- Antragsberechtigt sind über 65-Jährige und aus medizinischen Gründen dauerhaft voll Erwerbsgeminderte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.
- Die Leistung ist abhängig von der Bedürftigkeit. Eigenes Einkommen und Vermögen sind wie in der Sozialhilfe zu berücksichtigen. Allerdings findet gegenüber Kindern und Eltern mit einem Jahreseinkommen unter 100.000 Euro ein Unterhaltsrückgriff nicht statt, wenn ihre Angehörigen die Grundsicherung in Anspruch nehmen.
- Die Grundsicherungsleistung ist so bemessen, dass sie der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch entspricht.
- Träger der Grundsicherung sind die Kreise und kreisfreien Städte.
- Die Rentenversicherungsträger sind verpflichtet, antragsberechtigte Personen über die Leistungsvoraussetzungen der Grundsicherung zu informieren, zu beraten und bei der Antragstellung – auch durch Weiterleitung von Anträgen an den Träger der Grundsicherung – zu unterstützen.
- Die Rentenversicherungsträger haben für die nicht rentenversicherten Personen im Wege der Amtshilfe für die Träger der Grundsicherung die Feststellung über das Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung auf Dauer zu treffen.
- Die Finanzierung der Grundsicherung erfolgt aus Steuermitteln, wobei der Bund den Ländern die geschätzten Mehrausgaben in Höhe von 409



Mio. Euro über einen Transfermechanismus im Rahmen des Wohngeldgesetzes ausgleicht. Die Überprüfung der zu erstattenden Mehrausgaben und ihre Anpassung an die jeweilige Ausgabenentwicklung erfolgt alle zwei Jahre.

450 Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2005 ist die Grundsicherung als Viertes Kapitel in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) eingefügt worden. Diese Änderung hat jedoch zu keinen materiellen Änderungen bei der Grundsicherung geführt. Im Zuge der Einordnung des Rechts der Grundsicherung in das SGB XII ist der Leistungsumfang der Grundsicherung an den bei der Hilfe zum Lebensunterhalt insofern angepasst, als die Hilfe zum Lebensunterhalt nun Leistungen mit umfasst, die bisher nur ergänzend als Leistung der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt werden konnten. Die bisher in vielen Fällen bestehende Notwendigkeit, dass neben der Grundsicherung auch ergänzende Sozialhilfeleistungen beantragt werden mussten, ist damit ab dem Jahr 2005 entfallen.

## Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung

451 Die gesetzliche Rentenversicherung war aufgrund der historischen Entwicklung bis zum 31. Dezember 2004 in die Rentenversicherung der Arbeiter, die Rentenversicherung der Angestellten und die knappschaftliche Rentenversicherung unterteilt. Obgleich das Leistungs- und Beitragsrecht der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zwischenzeitlich vollständig angeglichen wurde und durch das Rentenreformgesetz 1992 auch das ursprünglich in verschiedenen Gesetzen geregelte Recht aller drei Versicherungszweige im SGB VI zusammengefasst wurde, bestand die organisatorische Trennung der einzelnen Versicherungszweige noch fort. Bemühungen, auch die organisatorische Trennung zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten durch eine Neuordnung der Organisation der Rentenversicherung aufzuheben, waren mangels einer hierzu erforderlichen politischen Verständigung zwischen den Ländern und dem Bund mehrmals gescheitert.

452 Nach der bis zum 31. Dezember 2004 bestehenden Organisation wurde die Rentenversicherung der Arbeiter von 23 Landesversicherungsanstalten durchgeführt, die Bundesbahnversicherungsanstalt war für die Arbeiter der Deutschen Bahn zuständig

und die Seekasse führte für Seeleute, Küstenschiffer und Küstenfischer die Rentenversicherung der Arbeiter durch. Träger der Rentenversicherung der Angestellten war die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte mit Sitz in Berlin. Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung war die Bundesknappschaft mit Sitz in Bochum.

453 Die Träger der Rentenversicherung hatten sich im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger – einem eingetragenen Verein mit Sitz in Frankfurt – zusammengeschlossen. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger war einerseits Koordinationsstelle hinsichtlich einer einheitlichen Interpretation des Rentenrechts, auf der anderen Seite nahm er die gemeinsamen Angelegenheiten der deutschen Rentenversicherungsträger gegenüber dem Bund und dem Gesetzgeber wahr.

454 Mit dem Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung ist die gesetzliche Rentenversicherung mit Wirkung vom 1. Januar 2005 neu organisiert worden. Sie besteht nun aus einer allgemeinen Rentenversicherung und aus der knappschaftlichen Rentenversicherung. In der allgemeinen Rentenversicherung wird nicht mehr nach der überkommenen Einordnung der Versicherten als Angestellter oder Arbeiter unterschieden. Damit ist die bisherige Trennung in Rentenversicherung der Arbeiter und Rentenversicherung der Angestellten beendet, die wegen des gleichen Rentenrechts schon seit Jahrzehnten nicht mehr zeitgemäß war. In der knappschaftlichen Rentenversicherung, die schon bisher nicht zwischen Arbeitern und Angestellten unterschied, werden weiterhin diejenigen versichert sein, die im Bereich des Bergbaus in knappschaftlichen Betrieben beschäftigt sind.

455 Seit dem 1. Oktober 2005 sind die bisherigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung unter der Bezeichnung Deutsche Rentenversicherung neu strukturiert. Die bisherigen Landesversicherungsanstalten werden als Regionalträger, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger als Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesknappschaft, die Bahnversicherungsanstalt sowie die Seekasse als Bundesträger Knappschaft-Bahn-See tätig. Die bis zum 30. September 2005 vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger wahrgenommenen Aufgaben hat ab dem 1. Oktober 2005 der Träger der Deutschen Rentenversicherung Bund übernommen.

456 Mit der Organisationsreform hat sich am Status der Rentenversicherungsträger nichts geändert. Die Träger der Rentenversicherung sind somit weiterhin Körperschaften des öffentlichen Rechts, die staatlicher Aufsicht unterstehen. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und Recht sowie auf die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung der Versicherungsträger. Versicherungsträger, deren Geschäftsbereich sich nur auf das Gebiet eines Bundeslandes erstreckt, unterstehen der Aufsicht der obersten Arbeitsbehörde des Landes. Versicherungsträger, deren Geschäftsbereich sich auf mehrere Bundesländer erstreckt, unterstehen der Aufsicht des Bundes, der sich zur Durchführung dieser Aufgabe des Bundesversicherungsamtes, einer selbständigen Bundesoberbehörde mit Sitz in Bonn, bedient. Der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehen damit die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis zum 30. September 2005 noch als Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger bezeichnet), der Bundesträger Knappschaft-Bahn-See (bis zum 30. September 2005 noch als Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt sowie Seekasse bezeichnet) sowie die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (bis zum 30. September 2005 noch als Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen bezeichnet).

457 Zielsetzung der Organisationsreform ist es, ab 2020 von allen Versicherten

- 55% durch die Regionalträger,
- 40% durch den Bundesträger Deutsche Rentenversicherung Bund und
- 5% durch den Bundesträger Knappschaft-Bahn-See

betreuen zu lassen. Ab 1. Januar 2005 erfolgt die Zuordnung neuer Versicherter zu einem dieser Träger nur noch nach der Versicherungsnummer die bei Eintritt in die Rentenversicherung vergeben wird. Sie verändert sich im Laufe des Erwerbslebens bzw. während des Leistungsbezugs als Rentner grundsätzlich nicht mehr. Durch die Organisationsreform hat sich die Versicherungsnummer nicht geändert. Mit der erstmaligen Vergabe wird aber zugleich der für die Kontoführung zuständige Rentenversicherungsträger dauerhaft, also auch bei Wohnsitzwechsel, festgelegt.

458 Für heutige Rentnerinnen und Rentner ändert sich durch die Neuordnung nichts. Dies gilt praktisch

auch für Versicherte, für die bis 31. Dezember 2004 eine Versicherungsnummer vergeben wurde: Die überwiegende Anzahl dieser Versicherten bleibt bei dem Versicherungsträger, bei dem sie am 31. Dezember 2004 versichert war. Lediglich etwa 5% dieses Personenkreises werden im Rahmen eines Ausgleichsverfahrens in einem Zeitraum von 15 Jahren einem anderen Versicherungsträger zugeordnet.

459 Alle Versicherungsträger sind auch weiterhin Selbstverwaltungskörperschaften. Die Vertreterversammlung sowie der Vorstand sind je zur Hälfte mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Sie werden in freien und geheimen Sozialversicherungswahlen gewählt, bei denen sich die Gewerkschaften und andere Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung sowie – völlig getrennt hiervon – die Vereinigungen von Arbeitgebern zur Wahl stellen. Die Wahlen finden alle sechs Jahre statt.

460 Nach den im Jahr 2005 erfolgten Fusionen sind im Einzelnen folgende Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für die Ausführung des Rentenrechts nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch zuständig:

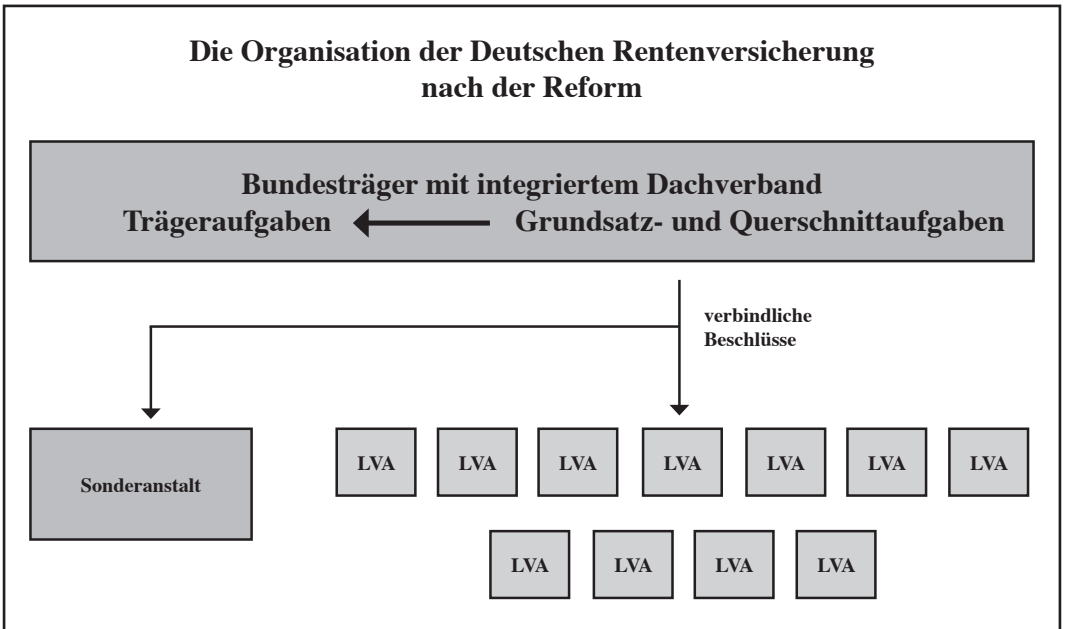
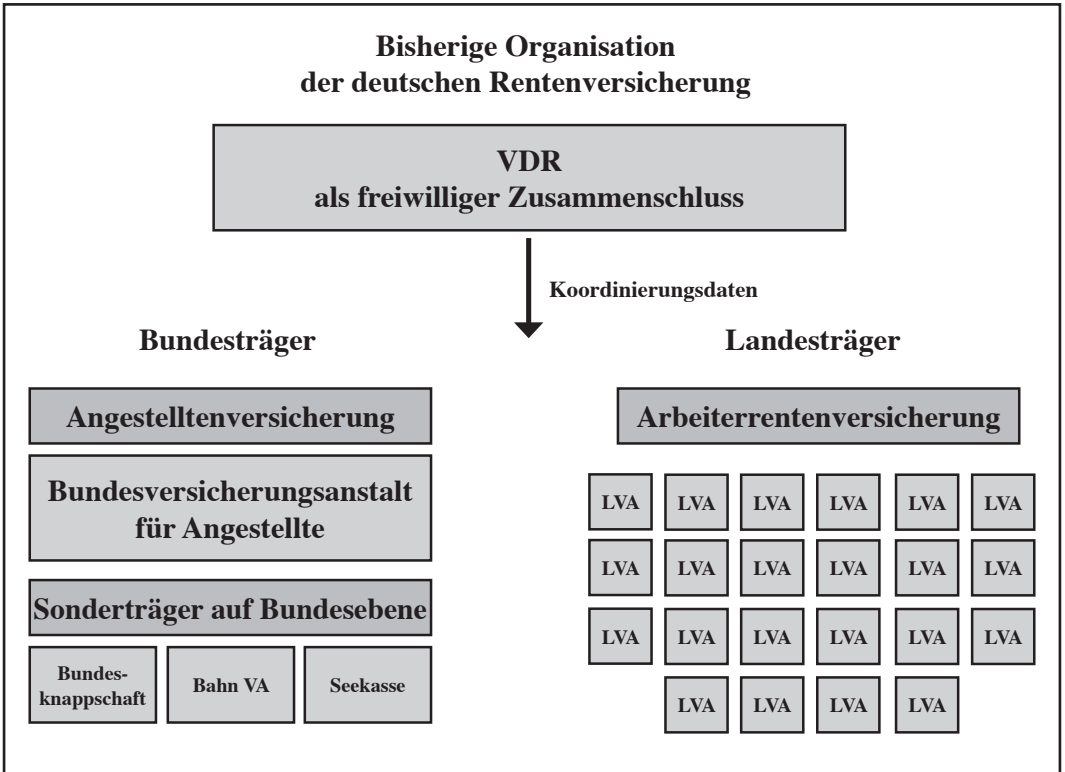
### als Bundesträger

Deutsche Rentenversicherung Bund  
(ehemals BfA - Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und VDR - Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)  
10704 Berlin  
Telefon 030 865-1  
Telefax 030 865-27240

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
(ehemals Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse)  
Hauptverwaltung  
Pieperstraße 14-28  
44789 Bochum  
Telefon 0234 304-0  
Telefax 0234 304-53050

### als Regionalträger

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg  
(ehemals LVA Baden-Württemberg)  
76122 Karlsruhe  
Telefon 0721 825-0  
Telefax 0721 825-21229



70429 Stuttgart  
Telefon 0711 848-0  
Telefax 0711 848-21438

Deutsche Rentenversicherung Berlin  
(ehemals LVA Berlin)  
Knobelsdorffstraße 92  
14059 Berlin  
Telefon 030 3002-0  
Telefax 030 3002-1009

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg  
(ehemals LVA Brandenburg)  
Bertha-von-Suttner-Straße 1  
15236 Frankfurt/Oder  
Telefon 0335 551-0  
Telefax 0335 551-1295

Deutsche Rentenversicherung  
Braunschweig-Hannover  
(ehemals LVA Braunschweig und LVA Hannover)  
30875 Laatzen  
Telefon 0511 829-0  
Telefax 0511 829-2635  
38091 Braunschweig  
Telefon 0531 7006-0  
Telefax 0531 7006-425

Deutsche Rentenversicherung Hessen  
(ehemals LVA Hessen)  
Städelstraße 28  
60596 Frankfurt/Main  
Telefon 069 6052-0  
Telefax 069 6052-1600

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
(ehemals LVA Thüringen, LVA Sachsen-Anhalt und  
LVA Sachsen)

Sitz Leipzig  
Georg-Schumann-Str. 146  
04159 Leipzig  
Telefon 0341 550-55  
Telefax 0341 550-5900

Standort Erfurt  
Kranichfelder Str. 3  
99097 Erfurt  
Telefon 0361 482-0  
Telefax 0361 482-2299

Standort Halle  
Paracelsusstraße 21  
06114 Halle  
Telefon 0345 213-0  
Telefax 0345 202-3314

Deutsche Rentenversicherung  
Niederbayern-Oberpfalz  
(ehemals LVA Niederbayern-Oberpfalz)  
84024 Landshut  
Telefon 0871 81-0  
Telefax 0871 81-2140

Deutsche Rentenversicherung Nord  
(ehemals LVA Schleswig Holstein, LVA Mecklen-  
burg-Vorpommern und LVA Freie und Hansestadt  
Hamburg)

Sitz Lübeck  
Ziegelstraße 150  
23556 Lübeck  
Telefon 0451 485-0  
Telefax 0451 485-1777

Standort Neubrandenburg  
Platanenstraße 43  
17033 Neubrandenburg  
Telefon 0395 370-0  
Telefax 0395 370-4444

Standort Hamburg  
Friedrich-Ebert-Damm 245  
22159 Hamburg  
Telefon 040 5300-0  
Telefax 040 5300-2999

Deutsche Rentenversicherung Oberbayern  
(ehemals LVA Oberbayern)  
81729 München  
Telefon 089 6781-0  
Telefax 089 6781-2345

Deutsche Rentenversicherung  
Ober- und Mittelfranken  
(ehemals LVA Ober- und Mittelfranken)  
95440 Bayreuth  
Telefon 0921 607-0  
Telefax 0921 607-398

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen  
(ehemals LVA Oldenburg-Bremen)  
Huntestraße 11  
26135 Oldenburg  
Telefon 0441 927-0  
Telefax 0441 927-2563

Deutsche Rentenversicherung Rheinland  
(ehemals LVA Rheinprovinz)  
40194 Düsseldorf  
Telefon 0211 937-0  
Telefax 0211 937-3096

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz  
(ehemals LVA Rheinland-Pfalz)  
Eichendorffstraße 4-6  
67346 Speyer  
Telefon 06232 17-0  
Telefax 06232 17-2589

Deutsche Rentenversicherung Saarland  
(ehemals LVA für das Saarland)  
Martin-Luther-Straße 2-4  
66111 Saarbrücken  
Telefon 0681 3093-0  
Telefax 0681 3093-199

Deutsche Rentenversicherung Schwaben  
(ehemals LVA Schwaben)  
Dieselstraße 9  
86154 Augsburg  
Telefon 0821 500-0  
Telefax 0821 500-1000

Deutsche Rentenversicherung Unterfranken  
(ehemals LVA Unterfranken)  
Friedenstraße 12/14  
97072 Würzburg  
Telefon 0931 802-0  
Telefax 0931 802-243

Deutsche Rentenversicherung Westfalen  
(ehemals LVA Westfalen)  
48125 Münster  
Telefon 0251 238-0  
Telefax 0251 238-2960

## Finanzierung

### Deckungsverfahren

461 Bis zum Jahr 1957 sahen die für die gesetzliche Rentenversicherung maßgebenden Finanzierungs-vorschriften ein Anwartschaftsdeckungsverfahren mit einer großen Kapitalansammlung vor. Jedoch konnten diese Vorschriften nicht über lange Zeiträume hinweg eingehalten werden; die danach angesammelten Vermögen gingen bei der Inflation 1923 und bei der Währungsreform 1948 (in Höhe von rd. 16 Mrd. RM) weitgehend verloren. Im Rahmen der Rentenreform 1957 setzte sich der Gedanke durch, dass die Ausgaben der Rentenversicherung mit Rücksicht auf die inzwischen erreichte Größenordnung nicht mehr durch eine Kapitalansammlung gesichert werden könnten. Es wären je nach dem Zinsfuß, den man seiner Berechnung zugrunde legt, heutzutage hierfür

etwa fünf Billionen Euro erforderlich. Deswegen wurde 1957 ein Abschnittsdeckungsverfahren eingeführt; danach war der Beitragssatz so festzusetzen, dass die Beitragseinnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss und sonstigen Einnahmen ausreichten, alle in dem 1957 beginnenden 10jährigen Deckungsabschnitt entstehenden Aufwendungen zu decken und darüber hinaus am Ende des Deckungsabschnitts über eine Rücklage in Höhe einer Jahresausgabe zu eigenen Lasten der Versicherungsträger zu verfügen. 1969 wurde ein neues Finanzierungsverfahren eingeführt, nämlich ein Umlageverfahren mit einer Liquiditätsreserve. Die Rücklage erhielt dadurch nur noch die Funktion einer Schwankungsreserve, die möglichst liquide angelegt werden musste, damit in Zeiten einer defizitären Entwicklung die Zahlungsfähigkeit der Versicherungsträger gewährleistet ist und der Gesetzgeber ausreichend Zeit hat, die zur Sicherung der Leistungsfähigkeit eventuell notwendigen Maßnahmen zu beschließen. Den 15jährigen Vorausberechnungen, die an die Stelle der früheren versicherungstechnischen Bilanzen traten, kommt danach nur noch die Funktion eines Signals zu, mit dessen Hilfe abgeschätzt werden kann, ob und ggf. wann unter bestimmten Prämissen Handlungsbedarf zur Sicherstellung des Gleichgewichts von Einnahmen und Ausgaben besteht.

462 Die Schwankungsreserve, die Ende 1973 mit 9,4 Monatsausgaben einen relativen Höchststand erreicht hatte, sank in den anschließenden elf Jahren auf 0,9 Monatsausgaben ab. Dies hatte seine Ursache vor allem darin, dass auch die Schwankungsreserve im Rahmen der ab 1977 einsetzenden Konsolidierungsbemühungen zur Deckung von Defiziten eingesetzt wurde. Im Laufe dieser Jahre wurde auch deutlich, dass das alleinige Vorhalten einer Schwankungsreserve bei konjunkturellen Wechsellagen nur unzureichend geeignet ist, einem Ausgleich von Einnahmen- und Ausgabenschwankungen zu dienen.

463 Deshalb sind durch das Rentenreformgesetz 1992 die für die Ausgaben und Einnahmen maßgebenden Größen, nämlich Rentenanpassung, Beitragssatz und Bundeszuschuss, selbstregulierend miteinander verbunden worden. Dieser Selbstregulierungsmechanismus setzt ein, wenn die Nachhaltigkeitsrücklage (bis zur begrifflichen Neufassung durch das RV-Nachhaltigkeitsgesetz als Schwankungsreserve bezeichnet) zum Jahresende einen bestimmten Betrag (seit dem Jahr 2004 den Betrag in Höhe von 20 v. H. der Ausgaben der Rentenversicherungsträger

für einen Monat) unterschreiten wird. Durch diesen Selbstregulierungsmechanismus sowie durch die für den Notfall vorgesehene Liquiditätshilfe des Bundes ist das im Gesetz jetzt auch ausdrücklich verankerte Umlageverfahren um die notwendigen Mechanismen ergänzt worden, mit denen die unterjährige Periodik im Verlauf von Einnahmen und Ausgaben ausgeglichen werden können.

1%	= 2,1 Mrd. EUR
Rentner an der KVdR	
im Jahresdurchschnitt	
1% Beitragssatzerhöhung	= 8,8 Mrd. EUR
	Beitragseinnahmen jährlich
0,5 Monatsausgabe der Schwankungsreserve in liquiden Mitteln (Bundesgebiet)	= rund 7,9 Mrd. EUR

## Entwicklung der Rücklage<sup>1)</sup> der allgemeinen RV

Beitragssatz seit 1957	zum Jahresende (ab 2002 in Euro)	in Mrd. DM	in Monatsausgaben
14 %	1966	27,3	-
14 %	1967	24,8	-
15 %	1968	23,1	-
16 %	1969	20,8	7,9
17 %	1970	24,0	8,1
17 %	1971	29,5	8,8
17 %	1972	34,8	9,3
18 %	1973	39,9	9,4
18 %	1974	44,3	8,6
18 %	1975	43,0	7,4
18 %	1976	35,8	5,3
18 %	1977	25,3	3,3
18 %	1978	18,1	2,2
18 %	1979	16,4	1,9
18 %	1980	18,7	2,1
18,5 %	1981	21,7	2,4
18 %	1982	20,5	2,1
18,0 %/18,5 % ab 1.9.	1983	15,0	1,5
18,5 %	1984	09,8	0,9
18,7 %/19,2 % ab 1.6.	1985	11,2	1,0
19,2 %	1986	17,8	1,6
19,2 %/18,7 % ab 1.4.	1987	21,0	1,8
18,7 %	1988	23,2	1,9
18,7 %	1989	25,8	2,0
18,7 %	1990	35	2,6
18,7 %/17,7 % ab 1.4.	1991	42,9	2,7
17,7 %	1992	49,1	2,6
17,5 %	1993	38,7	1,9
19,2 %	1994	33,4	1,5
18,6 %	1995	21,9	0,9
19,2 %	1996	14,0	0,57
20,3 %	1997	13,5	0,55
20,3 %	1998	17,9	0,71
20,3 %/19,5 % ab 1.4.	1999	26,6	0,95
19,3 %	2000	27,8	1,00
19,1 %	2001	26,8	0,93
19,1 %	2002	9,7	0,63
19,5 %	2003	7,5	0,48
19,5 %	2004	5,0	0,32
19,5 %	2005	1,8	0,12

1) bis 1968 Bar- und Anlagevermögen bis 1989 nur alte Bundesländer

## Faustdaten zu den Rentenfinanzen der allgemeinen Rentenversicherung 2004

1% Lohnzuwachs	= 1,7 Mrd. EUR
	Beitragseinnahmen jährlich
Je 100000 abhängig Beschäftigte	= 0,5 Mrd. EUR
	Beitragseinnahmen jährlich
100000 Leistungsempfänger der Bundesagentur (BA)	= 0,2 Mrd. EUR
	Rentenversicherungsbeiträge der Bundesagentur
100000 Rentner	= 0,9 Mrd. EUR
	Ausgaben jährlich
1% Rentenerhöhung (Jahresdurchschnitt)	= 2,0 Mrd. EUR
	Ausgaben jährlich

## Rentenversicherungsbericht und Sozialbeirat

464 Statt des früheren Rentenanpassungsberichts hat die Bundesregierung ab 1992 den gesetzgebenden Körperschaften zum 30. November eines jeden Jahres einen Rentenversicherungsbericht vorzulegen, der unabhängig von der durch Rechtsverordnung erfolgenden Rentenanpassung sowie ggf. Beitragssatzveränderung die gesetzgebenden Körperschaften und die Öffentlichkeit nicht nur über die künftige Entwicklung der Rentenversicherung, sondern ab 1997 auch über die Entwicklung der Alterssicherung insgesamt informiert. Dieser Bericht enthält auf der Grundlage der letzten Ermittlungen der Zahl der Versicherten und Rentner sowie der Einnahmen, der Ausgaben und der Schwankungsreserve in der Rentenversicherung zunächst Modellrechnungen zur Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben, der Schwankungsreserve sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15 Kalenderjahren. Außerdem enthält der Rentenversicherungsbericht eine Übersicht über die voraussichtliche finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung in den nächsten fünf Jahren, wobei er von der jeweils aktuellen Einschätzung der mittelfristigen Wirtschaftsentwicklung durch die Bundesregierung ausgeht.

465 Im Jahre 1997 hatte der Bericht außerdem erstmals über die Leistungen der anderen ganz oder teilweise öffentlich finanzierten Alterssicherungssysteme sowie deren Finanzierung zu informieren. Daneben enthielt der Bericht des Jahres 1997 auch Angaben über die Einkommenssituation der Leistungsbezieher sowie über Leistungskumulationen. Der Bericht bietet damit einen Überblick über die Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt und außerdem Gelegenheit, die Auswirkungen der seit 1992 eingetretenen Änderungen in allen ganz oder teilweise mit öffentlichen Mitteln finanzierten Alterssicherungssystemen darzustellen und zu bewerten. Künftig soll der ergänzende Bericht einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages in den Rentenversicherungsbericht aufgenommen



men werden. Nach dem Alterssicherungsbericht 1997 hat es im Jahr 2001 den zweiten ergänzenden Alterssicherungsbericht gegeben. Erstmals ab dem Jahr 2005 wird in den ergänzenden Bericht auch eine Darstellung darüber aufgenommen, in welchem Umfang die steuerliche Förderung der zusätzlichen privaten Altersvorsorge in Anspruch genommen worden ist und welchen Grad der Verbreitung sie hat. Dadurch bedingt, dass der Deutsche Bundestag in seiner 15. Legislaturperiode vorzeitig aufgelöst wurde, ist es in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr zur Vorlage des Alterssicherungsberichts 2005 durch die Bundesregierung gekommen. Die Bundesregierung wird den Alterssicherungsbericht 2005 daher im Frühjahr 2006 den gesetzgebenden Körperschaften übermitteln.

466 Der Rentenversicherungsbericht ist jeweils zum 30. November eines Jahres den gesetzgebenden Körperschaften vorzulegen, weil er auch als Grundlage für die Beurteilung der notwendigen Beitragssatzanpassungen in einem dreijährigen Prognosezeitraum gedacht ist. Auch der Rentenversicherungsbericht konnte wegen der vorzeitigen Auflösung des Deutschen Bundestages im Jahr 2005 nicht innerhalb der im Gesetz vorgesehenen Frist den gesetzgebenden Körperschaften vorgelegt werden. Die Bundesregierung wird daher den Rentenversicherungsbericht zusammen mit dem Alterssicherungsbericht 2005 im Frühjahr 2006 den gesetzgebenden Körperschaften vorlegen.

467 Dem Rentenversicherungsbericht ist jeweils eine gutachtliche Stellungnahme des Sozialbeirats beizufügen. Der Sozialbeirat setzt sich aus jeweils vier Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, einem Vertreter der Deutschen Bundesbank und drei Vertretern der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften zusammen. Die Mitglieder des Sozialbeirats werden von der Bundesregierung für die Dauer von vier Jahren berufen. Er dient ihr als unabhängiges Sachverständigen-gremium, das ggf. auch zu anderen Fragen der Rentenversicherung Stellungnahmen erarbeitet und diese den gesetzgebenden Körperschaften zu-leitet.

### Höhe der Beiträge

468 Für die Pflichtversicherten in der Rentenversicherung wird der Beitrag aus dem Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen, der so genannten Beitragsbemessungsgrundlage, ermittelt.

### Festsetzung des Beitragssatzes

468a Der auf eine Dezimalstelle zu rundende Beitragssatz für das Folgejahr wird durch Rechtsverordnung so festgesetzt, dass die voraussichtlichen Ausgaben des folgenden Kalenderjahres gedeckt und die erforderliche finanzielle Reserve (seit 2005 als so genannte Nachhaltigkeitsrücklage bezeichnet) zum Jahresende sichergestellt ist. Diese jährliche Festsetzung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnung ist Bestandteil des durch das Rentenreformgesetz 1992 geschaffenen Regelmechanismus.

469 Neben dem Erzielen der notwendigen Einnahmen für die Deckung der laufenden Ausgaben ist das Erreichen einer bestimmten finanziellen Mindestreserve zum Ende des Jahres maßgebende Stellgröße für die Höhe des Beitragssatzes. Funktion des Mindestwerts für die Nachhaltigkeitsrücklage ist es, kurzfristige im Jahresverlauf auftretende Schwankungen des Einnahmenstroms auszugleichen. In jedem Jahr erreichen die finanziellen Reserven der Rentenversicherung gegen Jahresende einen Höchststand, der bedingt ist durch beitragspflichtige Einmalzahlungen wie z. B. das Weihnachtsgeld. Im Verlaufe des Jahres schmelzen diese wieder ab, und etwa im Oktober erreichen sie gewöhnlich einen Tiefstand. Danach steigen sie wieder an.

470 Ein Blick in die Vergangenheit zeigt den Bedeutungswandel, den die Rücklage der Rentenversicherung im Zeitverlauf vollzogen hat. Als der Gesetzgeber 1957 eine Rücklage in Höhe einer Jahresausgabe am Ende des ersten zehnjährigen Deckungsabschnitts vorschrieb, war das Vertrauen in das Umlagesystem noch nicht sehr groß. Mit der Anpassung des Beitragssatzes an sich verändernde ökonomische Bedingungen hatte man noch keine Erfahrungen. Allerdings waren die Renten bis zu dieser Zeit auch noch viel zu gering, um eine lebensstandardsichernde Funktion zu erfüllen. Die Rücklage behielt zu diesem Zeitpunkt daher die Restfunktion eines Deckungsstockes. Im Laufe der Zeit setzte sich jedoch die Erkenntnis durch, dass eine Rücklage dieser Höhe zur Beitragssatzstabilisierung nicht erforderlich war. Es zeigte sich auch, dass ihre notwendig längerfristige Anlage es erschwerte, sie in Zeiten einer wirtschaftlichen Rezession zu nutzen. Der Verkauf von Vermögensanlagen führte insbesondere wegen der durch Angebotsüberdruck verursachten Wertminderung bei der Veräußerung von Vermögensanlagen zu Verlusten

bei den aus Beiträgen und Steuern aufgebauten Rücklagen der Rentenversicherungsträger.

471 Mit der Einführung des reinen Umlageverfahrens im Jahre 1969 verlor das Vermögen der Rentenversicherung vollends die Funktion eines Deckungsstockes, sondern diente seitdem ausschließlich der Liquiditätsreserve. Hierzu wurde die Bildung einer Gesamtrücklage in Höhe von 3 Monatsausgaben als ausreichend angesehen. Zugleich wurden im Jahr 1969 erstmals die 15jährigen Vorausberechnungen eingeführt, die – neben der mittelfristigen Prognose – die Grundlage für den heutigen Rentenversicherungsbericht bilden. Im Jahr 1977 wurde die Höhe der Mindestrücklage auf eine Monatsausgabe herabgesetzt.

472 Die jüngere Vergangenheit hat gezeigt, dass auch bei Unterschreiten des seit 1977 gesetzlich festgeschriebenen Mindestzielwerts für die finanzielle Reserve in Höhe einer Monatsausgabe die jederzeitige Zahlungsfähigkeit der Rentenversicherungsträger sichergestellt ist. Wie die Tabelle nach Rdnr. 463 ausweist, lagen die finanziellen Reserven der Rentenversicherung jeweils zum Jahresende bereits in den achtziger Jahren teilweise, mehr noch in den neunziger Jahren, unterhalb einer Monatsausgabe, ohne dass dadurch die Zahlungsfähigkeit der Rentenversicherung gefährdet gewesen wäre. Ausschlaggebend dafür war die gestiegene Liquidität der Reserve. Denn bereits seit 1977 war vorgeschrieben, dass die Reserve liquide, d. h. mit Laufzeiten, Kündigungsfristen oder Restlaufzeiten von maximal 12 Monaten, anzulegen ist.

473 Mit dem Gesetz zur Bestimmung der Schwankungsreserve in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten aus dem Jahr 2001 wurde bestimmt, dass mit den festgesetzten bzw. festzusetzenden Beitragssätzen zum Ende des jeweiligen Folgejahres mindestens eine Reserve in Höhe von 80 v. H. einer Monatsausgabe erreicht werden soll. Da für das Jahr 2003, konjunkturell bedingt, ein Anstieg des Beitragssatzes von 19,1% auf 19,9% drohte, entschloss sich der Gesetzgeber mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz aus dem Jahr 2002 den Mindestwert für die Reserve erneut herabzusetzen, und zwar auf 50 v. H. einer Monatsausgabe. Hierdurch verringerte sich der notwendige Anstieg des Beitragssatzes für das Jahr 2003 um 0,3 Beitragssatzpunkte.

474 Die auch im Jahr 2003 weiter anhaltende konjunkturelle Schwäche hat dazu geführt, dass die

Beitragseinnahmen der Rentenversicherung schwächer gestiegen sind, als für die Festsetzung des Beitragssatzes 2003 kalkuliert worden war. Um den gesetzlich bestimmten unteren Zielwert für die damalige Schwankungsreserve von 50 v. H. einer Monatsausgabe zu Ende des Jahres 2004 zu erreichen, hätte der Beitragssatz für das Jahr 2004 um 0,8 Beitragssatzpunkte höher auf dann 20,3% festgesetzt werden müssen. Durch eine weitere Absenkung des unteren Zielwerts für die Reserve auf jetzt nur noch 20 v. H. einer Monatsausgabe konnte im Zusammenwirken mit weiteren ausgabemindernden Maßnahmen (z. B. das Aussetzen der Rentenanpassung im Jahr 2004) erreicht werden, dass der Beitragssatz im Jahr 2004 bei 19,5% gehalten wurde.

475 Selbst wenn eine hohe Reserve für die längerfristige Beitragssatzstabilität wünschenswert erscheint, ist diese jedoch nicht erforderlich, um die jederzeitige Zahlungsfähigkeit der Rentenversicherung im laufenden Kalenderjahr sicher zu stellen. In einnahmeschwachen Monaten greifen die Instrumente „Vorziehen der Monatsraten der Bundeszuschüsse“ und „Liquiditätshilfe des Bundes“ ein. Die Zahlung der Renten ist somit auch bei einer sehr niedrigen Reserve zu jedem Zeitpunkt sichergestellt.

## Verstetigung der Beitragssatzfestsetzung

476 Die seit 1992 nach der Methodik der Selbstregulierung praktizierte jährliche Neufestlegung des Beitragssatzes hatte insbesondere in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre zu kräftigen Beitragssatzsprüngen geführt. So musste der Beitragssatz für das Jahr 1995 herabgesetzt werden, obwohl zum Zeitpunkt der Festsetzung dieses Beitragssatzes bereits feststand, dass der Beitragssatz für das Jahr 1996 wieder angehoben werden musste. Dies hatte zu erheblichen Irritationen und Verunsicherungen geführt und Zweifel an einer soliden Finanzierung der Leistungen der Rentenversicherung aufkommen lassen. Deshalb wurde mit dem Rentenreformgesetz 1999 eine Regelung zur Verstetigung des Beitragssatzes geschaffen. Ab dem Jahr 2000 sollte der Beitragssatz nur noch dann verändert werden, wenn am Ende des jeweiligen Folgejahres die Reserve entweder den Betrag für den unteren Zielwert der Reserve (im Jahr 2000 1 Monatsausgabe) unterschreitet oder den Betrag für den oberen Zielwert der Reserve (im Jahr 2000 1 1/2 Monatsausgaben) überschreitet.

477 Um zu erreichen, dass die Lohnnebenkosten durch Zuwendung des Aufkommens aus der ökolo-

gischen Steuer- und Abgabenreform an die gesetzliche Rentenversicherung gesenkt werden können, ist diese Methodik der verstetigten Beitragsfestsetzung bis zum Jahr 2003 jedoch ausgesetzt worden. Eine verstetigte Beitragsatzfestsetzung ist daher erst seit dem Jahr 2004 möglich.

478 Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wurde der obere Zielwert der Schwankungsreserve für eine verstetigte Beitragssatzfestsetzung im Hinblick auf die für das Jahr 2003 vorgenommene weitere Absenkung des unteren Zielwerts für die Schwankungsreserve auf 50 v. H. einer Monatsausgabe ebenfalls weiter abgesenkt, nachdem der obere Zielwert der Schwankungsreserve zwischenzeitlich bereits mit dem Gesetz zur Bestimmung der Schwankungsreserve in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten aus dem Jahr 2001 von 150 v. H. auf 120 v. H. einer Monatsausgabe herabgesetzt worden war. Seit dem Jahr 2003 war als oberer Zielwert für die Schwankungsreserve (die so genannte Höchstschwankungsreserve) nur noch 70 v. H. einer Monatsausgabe vorgesehen.

479 Die anhaltende konjunkturelle Schwächeperiode der vergangenen Jahre hat deutlich gemacht, dass der finanziellen Reserve nicht allein die Funktion zukommen sollte, unterjährig die Liquidität der gesetzlichen Rentenversicherung angesichts der Ungleichzeitigkeit von Einnahmeprodukt und Ausgabenprodukt im Verlauf eines Jahres zu gewährleisten. Die finanzielle Reserve kann ebenfalls als Instrument zur Stabilisierung des Rentenversicherungsbeitragssatzes bei konjunkturellen Schwankungen nutzbar gemacht werden. Dazu gehört zum einen, dass in konjunkturellen Schwächephasen die Reserve bis an die äußerste Grenze aufgelöst werden kann, um den Beitragssatz stabil zu halten, wie dies aktuell mit der Absenkung der Mindestschwankungsreserve auf jetzt 20 v. H. einer Monatsausgabe vorgesehen ist. Um aber auch in künftigen konjunkturellen Schwächeperioden eine Stabilisierung des Beitragssatzes durch den Rückgriff auf eine finanzielle Reserve zu ermöglichen, ist es erforderlich, in Zeiten des Aufschwungs die Finanzreserve wieder aufzuwachsen zu lassen. Mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung ist daher die Schwankungsreserve in eine so genannte „Nachhaltigkeitsrücklage“ umgewandelt worden, indem der Höchstwert für diese Reserve wieder auf 150 v. H. einer Monatsausgabe angehoben worden ist.

480 Der für das Jahr 2006 geltende Beitragssatz in Höhe von 19,5 v. H. ist daher für ein folgendes Kalenderjahr nur dann zu verändern, wenn bei Beibehaltung dieses Beitragssatzes am Ende eines Kalenderjahres der untere Zielwert für die Nachhaltigkeitsrücklage in Höhe von 20 v. H. einer Monatsausgabe unterschritten oder der obere Zielwert für die Nachhaltigkeitsrücklage in Höhe von 150 v. H. einer Monatsausgabe überschritten wird. Würde die Nachhaltigkeitsrücklage bei Beibehaltung des bisherigen Beitragssatzes am Ende des folgenden Kalenderjahres weniger als 20 v. H. einer Monatsausgabe betragen, ist der Beitragssatz für das folgende Kalenderjahr so anzuheben, dass die Nachhaltigkeitsrücklage den gesetzlich geforderten Mindestwert voraussichtlich erreichen wird. In dem Fall, dass bei Beibehaltung des bisherigen Beitragssatzes die Nachhaltigkeitsrücklage am Ende des folgenden Kalenderjahres das Volumen von 150 v. H. einer Monatsausgabe voraussichtlich übersteigt, ist der Beitragssatz für das folgende Kalenderjahr so herabzusetzen, dass die Nachhaltigkeitsrücklage am Ende des folgenden Kalenderjahres voraussichtlich den gesetzlich geforderten Höchstwert erreichen wird.

#### **Beitragssätze der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004: Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten) in % der beitragspflichtigen Einnahmen**

Zeitraum		Zeitraum	
1891/1911	1,7/-	ab 1.3.1957	14,0
1912	2,1/-	ab 1.1.1968	15,0
1913/1916	2,1/5,3	ab 1.1.1969	16,0
1917/1923	2,6/5,3	ab 1.1.1970	17,0
1924	2,7/3,0	ab 1.1.1973	18,0
1925/1926	4,1/4,0	ab 1.1.1981	18,5
1927/1942	5,0/4,0	ab 1.1.1982	18,0
ab 1.7.1942	5,6	ab 1.9.1983	18,5
ab 1.6.1949	10,0	ab 1.1.1985	18,7
ab 1.4.1955	11,0	ab 1.6.1985	19,2
		ab 1.4.1987	18,7
		ab 1.1.1991	17,7
		ab 1.1.1993	17,5
		ab 1.1.1994	19,2
		ab 1.1.1995	18,6
		ab 1.1.1996	19,2
		ab 1.1.1997	20,3
		ab 1.4.1999	19,5
		ab 1.1.2000	19,3
		ab 1.1.2001	19,1
		ab 1.1.2003	19,5

Die Beitragssätze in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) vor 1927 und in der Angestelltenversicherung (AnV) vor 1942 stellen Durchschnittswerte aus den Beitragssätzen für die einzelnen Lohn- und Gehaltsklassen dar.

#### **Beitragsbemessungsgrundlagen**

480a Beitragsbemessungsgrundlage sind die so genannten beitragspflichtigen Einnahmen. Dies ist bei den gegen Arbeitsentgelt versicherungspflichtig

Beschäftigten in der Regel das gezahlte Arbeitsentgelt.

## Höchstbeiträge

481 Für den höchsten Pflichtbeitrag ist eine Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde zulegen. Die Beitragsbemessungsgrenze – ursprünglich das Doppelte der allgemeinen Bemessungsgrundlage, die Bestandteil der bis Ende 1991 geltenden Rentenberechnungsformel war – ist für das Jahr 1984 auf 62.400 DM festgesetzt und anschließend entsprechend der Bruttoentgeltentwicklung fortgeschrieben worden. Seit 1992 ist für die jährliche Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze die Bruttolohnentwicklung des vergangenen zum vorvergangenen Kalenderjahr maßgebend; der sich hieraus ergebende Betrag ist auf den nächsten durch 600 teilbaren Betrag aufzurunden.

482 Im Jahr 2002 hat die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (ab dem 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) in den alten Bundesländern 54.000 Euro jährlich, bzw. 4.500 Euro monatlich, und in den neuen Bundesländern 45.000 Euro jährlich, bzw. 3.750 Euro monatlich betragen. Dies entspricht einem Arbeitsentgelt in Höhe von rd. dem 1,8fachen des Durchschnittsverdienstes des Jahres 2002. Zur Dämpfung des für das Jahr 2003 aus konjunkturellen Gründen unvermeidlichen Beitragssatzanstiegs wurde die Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz so festgesetzt, dass sie ab dem Jahr 2003 zur Versicherung eines Entgelts in Höhe des 2fachen des jeweiligen Durchschnittsverdienstes führt. Für das Jahr 2003 wurde daher die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (bis 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) in den alten Bundesländern auf den Betrag von 61.200 Euro jährlich, bzw. 5.100 Euro monatlich, und in den neuen Bundesländern auf den Betrag von 51.000 Euro jährlich, bzw. 4.250 Euro monatlich, gesetzlich festgelegt. Für die Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze vor Anwendung der Rundungsregelung (Rdnr. 481) wurde im Beitragssatzsicherungsgesetz auch der Ausgangswert zur Bestimmung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2004 bestimmt. Er wurde auf den Betrag in Höhe von 60.792,06 Euro festgesetzt. Auf der Basis dieses Ausgangswerts ist die Beitragsbemessungsgrenze für

das Jahr 2004 in der allgemeinen Rentenversicherung entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne vom Jahr 2002 zum Jahr 2003 festgesetzt worden. Für das Jahr 2006 ergibt sich nach der gesetzlichen Dynamisierungsregel in der allgemeinen Rentenversicherung eine Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 5.250 Euro sowie eine Jahresbeitragsbemessungsgrenze von 63.000 Euro für die alten Bundesländer und von monatlich 4.400 Euro sowie jährlich 52.800 Euro für die neuen Bundesländer. Hieraus errechnet sich für das Jahr 2006 ein höchstmöglicher Pflichtbeitrag von monatlich 1.023,75 Euro in den alten Bundesländern und von monatlich 858,00 Euro in den neuen Bundesländern.

483 Übersteigt das Arbeitsentgelt aus mehreren Beschäftigungen die Beitragsbemessungsgrenze, wird der insgesamt als Beitrag zu zahlende höchstmögliche Pflichtbeitrag (im Jahr 2006 1.023,75 Euro in den alten Bundesländern und 858,00 Euro in den neuen Bundesländern) nach folgender Formel auf die jeweiligen Beschäftigungen verteilt:

$$\text{AEb} \times \frac{\text{BBG}}{\text{AEg}} = \text{aBG}$$

AEb = Arbeitsentgelt aus der jeweiligen Beschäftigung  
 BBG = Beitragsbemessungsgrenze  
 AEg = Arbeitsentgelte insgesamt  
 aBG = anteilige Beitragsbemessungsgrundlage

## Beispiele

### Beispiel 1

Monatlicher Verdienst aus	
1. Beschäftigung =	4.500 EUR
Monatlicher Verdienst aus	
2. Beschäftigung =	1.500 EUR
Monatliche Beitragsbemessungsgrenze	
für das Jahr 2006	
(alte Bundesländer) =	5.250 EUR
Beitrag für den Verdienst aus der 1. Beschäftigung:	
	5.250 EUR
4.500 EUR x $\frac{5.250 \text{ EUR}}{4.500 \text{ EUR} + 1.500 \text{ EUR}}$ =	3.937,50 EUR
3.937,50 EUR x 19,5% =	767,81 EUR
	= (Beitragsanteil für Verdienst aus 1. Beschäftigung)

Beitrag für den Verdienst aus der 2. Beschäftigung:

$$1.500 \text{ EUR} \times \frac{5.250 \text{ EUR}}{4.500 \text{ EUR} + 1.500 \text{ EUR}} = 1.300 \text{ EUR}$$

$$1.312,50 \text{ EUR} \times 19,5\% = 255,94 \text{ EUR}$$

= (Beitragsanteil für Verdienst aus 2. Beschäftigung)

Beispiel 2

Monatlicher Verdienst aus Hauptbeschäftigung = 5.500 EUR

Monatlicher Verdienst aus einer zweiten Nebenbeschäftigung = 300 EUR

Monatliche Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2006 (alte Bundesländer) = 5.250 EUR

Beitrag für den Verdienst aus der Hauptbeschäftigung:

$$5.500 \text{ EUR} \times \frac{5.250 \text{ EUR}}{5.500 \text{ EUR} + 300 \text{ EUR}} = 4.978,45 \text{ EUR}$$

$$4.978,45 \text{ EUR} \times 19,5\% = 970,80 \text{ EUR}$$

= (Beitragsanteil für Verdienst aus der Hauptbeschäftigung)

Beitrag für den Verdienst aus der zweiten Nebenbeschäftigung:

$$300 \text{ EUR} \times \frac{5.250 \text{ EUR}}{5.500 \text{ EUR} + 300 \text{ EUR}} = 271,55 \text{ EUR}$$

$$271,55 \text{ EUR} \times 19,5\% = 52,95 \text{ EUR}$$

= (Beitragsanteil für Verdienst aus der Nebenbeschäftigung)

### Mindestbeiträge

484 Bis zum 31. März 1999 war Bemessungsgrundlage für den niedrigsten Pflichtbeitrag ein Siebtel der Bezugsgröße (630 DM in den alten Bundesländern und 530 DM in den neuen Bundesländern). Seit dem 1. April 1999 gilt aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse für den niedrigsten Pflichtbeitrag eine Bemessungsgrundlage von 300 DM monatlich. Nach der Umstellung auf Eurobeträge beträgt sie seit dem 1. Januar 2002 155 Euro monatlich. Diese Mindest-

bemessungsgrundlage gilt einheitlich für die alten und die neuen Bundesländer. Bei einem Beitragssatz in Höhe von 19,5% für das Jahr 2006 beläuft sich der monatliche Mindestpflichtbeitrag des Jahres 2005 somit auf 30,23 Euro.

485 Bis zum 31. März 1999 entsprach auch der geringste freiwillige Beitrag stets dem geringsten Pflichtbeitrag. Mit dem Gesetz zur Neuordnung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse wurde die Entsprechung von geringstem Pflichtbeitrag und geringstem freiwilligen Beitrag aufgegeben und die Bemessungsgrundlage für den freiwilligen Mindestbeitrag für die alten und neuen Bundesländer statisch auf 630 DM (für die Zeit ab dem 1. Januar 2002 auf 325 Euro) festgesetzt. Mit der Heraufsetzung der Geringfügigkeitsgrenze von 325 Euro auf 400 Euro zum 1. April 2003 wurde auch die Bemessungsgrundlage für den freiwilligen Mindestbeitrag auf diesen Betrag angehoben. Der geringste freiwillige Beitrag für das Jahr 2006 beträgt damit einheitlich für die alten und neuen Bundesländer 78 Euro.

486 Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahme) ist für versicherungspflichtig Beschäftigte das Arbeitsentgelt, wobei für einmalige Zuwendungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) nicht die monatliche Beitragsbemessungsgrenze des Zahlungsmonats, sondern die bei der Zahlung erreichte anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze maßgebend ist. Dadurch wird berücksichtigt, dass einmalige Zuwendungen in der Regel durch die Arbeit in mehreren Lohnabrechnungszeiträumen verdient werden. Für Auszubildende beträgt die Beitragsbemessungsgrundlage mindestens ein Prozent der Bezugsgröße (im Jahr 2006 24,50 Euro monatlich in den alten Bundesländern und 20,65 Euro monatlich in den neuen Bundesländern). Für bestimmte Personengruppen – z. B. Bezieher von Sozialleistungen, Selbständige, behinderte Menschen, Wehr- oder Zivildienstleistende – gelten für die Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlagen Sonderregelungen (Rdnr. 499 ff).

### Pflichtbeiträge aus Arbeitsentgelten bis 800 Euro

487 Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde im Zusammenhang mit der Anhebung der Arbeitsentgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen eine Gleitzone-Regelung für den Niedriglohnbereich eingeführt. Während seit dem 1. April 2003 geringfügige Beschäftigungen mit einem Arbeitsentgelt bis zu 400 Euro im Monat versi-



cherungsfrei bleiben, sind Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt in der sich anschließenden Gleitzone von 400,01 Euro bis 800,00 Euro seit dieser Zeit zwar nach wie vor versicherungspflichtig, allerdings hat der Arbeitnehmer nur einen reduzierten – von ca. 4% bei einem Arbeitsentgelt von 400,01 Euro auf den vollen Arbeitnehmerbeitragsanteil von rd. 21% bei einem Arbeitsentgelt von 800,00 Euro progressiv ansteigenden – Beitragsanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag zu tragen. Der Arbeitgeberbeitrag aus Arbeitsentgelten in der Gleitzone am Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist dagegen unverändert geblieben. Durch die Gleitzone-Regelung soll die so genannte Niedriglohnschwelle beseitigt werden, die in Beschäftigungsverhältnissen mit Arbeitsentgelten knapp oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze zu einem abrupten Anstieg der Sozialabgaben auf den vollen Sozialversicherungsbeitrag geführt hat, mit der Folge, dass das Nettoentgelt aus Bruttoentgelten oberhalb von 400 Euro geringer ausfiel als das Nettoentgelt aus einem Bruttoentgelt von 400 Euro.

488 Bei Arbeitnehmern, die gegen ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone beschäftigt sind, ist für die Berechnung des Arbeitnehmeranteils am Beitrag nicht das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, sondern ein nach folgender Formel verringertes „beitragspflichtiges“ Arbeitsentgelt zugrunde zulegen:

$$F \times 400 + (2 - F) \times (AE - 400) = \text{Beitragspflichtiger Anteil des Arbeitsentgelts}$$

AE = Arbeitsentgelt

25% (= Gesamtabgabensatz für

$$F = \frac{\text{versicherungsfrei geringfügig Beschäftigte}}{\text{Durchschnittlicher Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz}}$$

Durchschnittlicher Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz

Aufgrund des für die gesetzliche Rentenversicherung maßgebenden Prinzips der Beitrags-/Leistungsäquivalenz sind dann auch die Entgeltpunkte auf der Grundlage des nach dieser Formel herabgesetzten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu ermitteln.

489 Der Berechnung des Faktors F wird der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz des Kalenderjahres zugrunde gelegt, in dem der Anspruch auf das Arbeitsentgelt entstanden ist. Der Faktor ist auf vier Dezimalstellen zu runden. Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz eines Kalenderjahres ergibt sich aus der

Summe der zum 1. Januar desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet), in der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung und des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres. Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz und der Faktor F werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember eines Jahres für das folgende Kalenderjahr im Bundesanzeiger bekannt gegeben. Für das Jahr 2006 betragen der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz 41,9% (Krankenversicherung 14,2%, Pflegeversicherung 1,7%, Rentenversicherung 19,5%, Arbeitslosenversicherung 6,5%) und der Faktor F somit 0,5967. Demzufolge kann die für das Jahr 2006 anzuwendende Formel wie folgt vereinfacht werden:

$$\text{Beitragspflichtiger Anteil des Arbeitsentgelts} = 1,4033 \times AE - 322,64$$

490 Der zur Rentenversicherung zu zahlende Beitrag wird aus dem sich nach dieser Formel ergebenden – für die Beitragszahlung und Rentenberechnung maßgebenden – beitragspflichtigen Anteil am Arbeitsentgelt und dem jeweils geltenden Beitragssatz ermittelt. Der Arbeitgeber trägt an diesem Beitrag einen Arbeitgeberanteil in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der jeweilige Beitragssatz auf das der Beschäftigung zugrunde liegende tatsächliche Arbeitsentgelt angewendet wird. Der Beitragsanteil des Arbeitnehmers errechnet sich dann aus der Differenz zwischen dem aus dem beitragspflichtigen Anteil am Arbeitsentgelt zu zahlenden vollen Beitrag und dem vom Arbeitgeber zu tragenden „regulären“ Beitragsanteil. Die Formel für die Verteilung der Beitragstragung lautet somit:

Arbeitnehmerbeitragsanteil = voller Beitrag auf Basis des beitragspflichtigen Anteils am Arbeitsentgelt – Arbeitgeberbeitragsanteil auf Basis des tatsächlichen Arbeitsentgelts

### Beispiel für eine Beitragsberechnung bei Arbeitsentgelten in der Gleitzone

Monatliches Arbeitsentgelt	= 550,00 EUR
Beitragspflichtiger Anteil am Arbeitsentgelt	
1,4033 x 550,00 - 322,64	= 449,18 EUR



Rentenversicherungsbeitrag 449,18 x 19,5%	= 87,59 EUR
abzüglich Arbeitgeberbeitragsanteil 550,00 x 9,75%	= 53,63 EUR
Arbeitnehmerbeitragsanteil	= 33,96 EUR

491 Aufgrund der Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts und daraus folgend des Arbeitnehmerbeitragsanteils bei Beschäftigungen in der Gleitzone wird der späteren Rentenberechnung für diese Zeit auch nur der beitragspflichtige Anteil am tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. D. h., aufgrund des reduzierten Arbeitnehmerbeitrags erwirbt der Beschäftigte reduzierte Rentenanwartschaften. Versicherungspflichtige Arbeitnehmer, die Beschäftigungen in der Gleitzone ausüben, ist daher die Möglichkeit eingeräumt worden, für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu verzichten und den vollen Arbeitnehmerbeitrag zu zahlen. Durch den Verzicht auf die Anwendung der Regelungen zur Gleitzone für die gesetzliche Rentenversicherung können die damit verbundenen rentenmindernden Auswirkungen vermieden werden. Hierzu muss der Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber schriftlich erklären, dass der Beitragsberechnung als beitragspflichtige Einnahme das tatsächliche Arbeitsentgelt zugrunde gelegt werden soll. Die Erklärung kann nur für die Zukunft und bei mehreren Beschäftigungen nur einheitlich abgegeben werden. Geht die Verzichtserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der Beschäftigung beim Arbeitgeber ein, wirkt sie auf den Beginn der Beschäftigung zurück, falls der Arbeitnehmer dies wünscht. Die Erklärung bleibt für die Dauer der Beschäftigungen bindend.

492 Werden durch Zusammenrechnung von zwei oder mehr ausgeübten geringfügigen Beschäftigungen oder durch Zusammenrechnung einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung mit einer zweiten oder dritten geringfügigen Nebenbeschäftigung mehrere versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt, deren Arbeitsentgelte jedoch in der Summe innerhalb der Gleitzone liegen, berechnen sich die beitragspflichtigen Anteile an den Arbeitsentgelten wie folgt:

$$[F \times 400 + (2 - F) \times (GAE - 400)] \times EAE / GAE$$

oder nach der vereinfachten Formel für das Jahr 2005:

$$(1,4033 \times GAE - 322,64) \times EAE / GAE$$

EAE = Einzelarbeitsentgelt

GAE = Gesamtarbeitsentgelt

#### Beispiel:

Beispiel für die Beitragsberechnung bei mehreren Beschäftigungen mit einem Gesamtarbeitsentgelt in der Gleitzone

Beschäftigung A  
monatliches Arbeitsentgelt = 350,00 EUR

Beschäftigung B  
monatliches Arbeitsentgelt: = 370,00 EUR

Gesamtarbeitsentgelt  
(Gleitzonefall) = 720,00 EUR

Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt A  
 $(1,4033 \times 720,00 - 322,64) \times (350:720) = 334,32$  EUR

Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt B  
 $(1,4033 \times 720,00 - 322,64) \times (370:720) = 353,42$  EUR

Rentenversicherungsbeitrag A  
 $334,32 \text{ EUR} \times 19,5\% = 65,19$  EUR

Rentenversicherungsbeitrag B  
 $353,42 \text{ EUR} \times 19,5\% = 68,92$  EUR

Arbeitgeberbeitragsanteil A  
 $350,00 \text{ EUR} \times 9,75\% = 34,13$  EUR

Arbeitnehmerbeitragsanteil A  
 $65,19 \text{ EUR} - 34,13 \text{ EUR} = 31,06$  EUR

Arbeitgeberbeitragsanteil B  
 $370,00 \text{ EUR} \times 9,75\% = 36,08$  EUR

Arbeitnehmerbeitragsanteil B  
 $68,92 \text{ EUR} - 36,08 \text{ EUR} = 32,84$  EUR

493 Die Regelung zur Gleitzone gilt nicht für:

- Personen, die zu ihrer Berufsausbildung (z. B. Auszubildende, Praktikanten) beschäftigt sind,
- Beschäftigungen, bei denen für die Beitragsberechnung fiktive Arbeitsentgelte zugrunde gelegt werden (z. B. bei der Beschäftigung behinderter Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen),
- Arbeitsentgelten aus Altersteilzeitarbeit oder Arbeitsentgelten bei sonstigen Vereinbarungen

über flexible Arbeitszeiten, in denen lediglich das reduzierte Arbeitsentgelt in die Gleitzone fällt,

- versicherungspflichtige Arbeitnehmer, deren monatliches Arbeitsentgelt regelmäßig mehr als 800 Euro beträgt und nur – z. B. wegen Kurzarbeit – so weit gemindert ist, dass das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt die obere Gleitzonengrenze von 800 Euro unterschreitet,
- geringfügig entlohnte Beschäftigungen, die nur in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund des Verzichts auf die Rentenversicherungsfreiheit versicherungspflichtig sind und
- geringfügige Beschäftigungen mit einem Arbeitsentgelt von 325,01 Euro bis 400 Euro, die nach dem am 31. März 2003 geltenden Recht versicherungspflichtig waren, aufgrund der Änderung der Regelungen zu den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen seit dem 1. April 2003 zwar geringfügig und somit versicherungsfrei wären, jedoch nach dem Übergangsrecht versicherungspflichtig bleiben (Rdnr. 50).

#### **Pauschalbeitrag bei geringfügiger Beschäftigung**

494 Seit dem 1. April 1999 sind auch Arbeitnehmer, die eine dauerhafte geringfügige Beschäftigung ausüben, in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtig. Für diese Arbeitnehmer hat der Arbeitgeber als Arbeitgeberanteil einen Pauschalbeitrag in Höhe von 12% des Bruttoarbeitsentgelts zu zahlen. Die Verpflichtung zur Zahlung des 12-prozentigen Pauschalbeitrags besteht auch dann, wenn der Arbeitnehmer in einem Hauptberuf z. B. als Beamter, Selbständiger oder befreiter Angestellter in einem freien Beruf nicht versicherungspflichtig ist.

494a Nach den Plänen der jetzigen Regierungskoalition sollen die Pauschalabgaben für die geringfügige Beschäftigung von derzeit 25 v. H. zum 1. Juli 2006 auf 30 v. H. angehoben werden. Im Zuge dieser Anhebung soll der an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlende 12-prozentige Pauschalbeitrag dann auf 15% angehoben werden. Die mit der Anhebung der Pauschalabgaben angestrebten Mehreinnahmen sollen im Ergebnis für eine Entlastung des Bundeshaushalts verwandt werden. So ist vorgesehen, dass der Bundeszuschuss zur allgemeinen Rentenversicherung um die aus der 3-prozentigen Erhöhung des Pauschalbeitrags zur Rentenversicherung resultierenden Beitragsmehreinnahmen abgesenkt werden soll.

495 Macht der dauerhaft geringfügig Beschäftigte von der seit dem 1. April 1999 bestehenden Möglichkeit Gebrauch, auf die gesetzlich vorgesehene Versicherungsfreiheit zu verzichten, entsteht ein reguläres versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mit der Verpflichtung zur Zahlung lohnbezogener Beiträge. Auch für die pflichtversicherten geringfügig Beschäftigten ist Beitragsbemessungsgrundlage das erzielte Arbeitsentgelt. Geringfügig Beschäftigte, deren Arbeitsentgelt 155 Euro im Monat nicht übersteigt, haben jedoch einen Mindestpflichtbeitrag auf der Bemessungsgrundlage eines monatlichen Bruttoarbeitsentgelts in Höhe von 155 Euro zu zahlen (im Jahr 2006: 155 Euro x 19,5% = 30,23 Euro).

496 Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde der Pauschalbeitrag für dauerhafte geringfügige Beschäftigungen mit Wirkung vom 1. April 2003 auf 5% gesenkt, wenn es sich um eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt handelt. Für die Entstehung der Beitragspflicht gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den 12-prozentigen Pauschalbeitrag. Auch bei Ausübung einer dauerhaften geringfügigen Beschäftigung im Privathaushalt kann der geringfügig Beschäftigte auf die Versicherungsfreiheit verzichten. Im Falle des Verzichts auf die Versicherungsfreiheit hat der Beschäftigte als Beitrag die Differenz zwischen dem vollen Pflichtbeitrag (ermittelt aus dem erzielten Arbeitsentgelt – mindestens 155 Euro – und dem vollen Beitragssatz) und dem 5-prozentigen Pauschalbeitrag zu tragen.

#### **Beitragsbemessungsgrundlage bei Altersteilzeitarbeit**

497 Für Arbeitnehmer, die mit ihrem Arbeitgeber Altersteilzeitarbeit nach dem Altersteilzeitgesetz vereinbaren, ist Beitragsbemessungsgrundlage auch der Unterschiedsbetrag zwischen mindestens 90% des Vollzeitarbeitsentgelts, höchstens jedoch 90% der Beitragsbemessungsgrenze, und dem Altersteilzeitentgelt. Wurden an den Arbeitnehmer vor Beginn der Altersteilzeitarbeit auch Einmalzahlungen geleistet, so sind diese mit in die Berechnung des Unterschiedsbetrages – höchstens jedoch bis zu 90% der jahresanteiligen Beitragsbemessungsgrenze – einzubeziehen.

498 Mit dem Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist als Berechnungsbasis zur Ermittlung der Aufstockungsleistungen des Arbeitgebers ein Regularbeitsentgelt bestimmt worden. Das

Regelarbeitsentgelt ist das auf den Monat entfallende sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt, das der Arbeitgeber im Rahmen des Altersteilzeitarbeitsverhältnisses regelmäßig zu erbringen hat. Das Abstellen auf das bisherige (Vollzeit-)Arbeitsentgelt entfällt damit. Dies soll den bisher von Arbeitgebern und Agenturen für Arbeit zu leistenden hohen Arbeitsaufwand bei der Ermittlung der zu zahlenden Aufstockungsleistungen vermeiden. Beitragsbemessungsgrundlage für die zusätzlich durch den Arbeitgeber zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ist somit mindestens ein Betrag in Höhe von 80% des Regularbeitsentgelts. Dieser Betrag darf aber nicht höher sein als der Unterschiedsbetrag zwischen 90% der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze und dem Regularbeitsentgelt. Die Begrenzung soll sicherstellen, dass vom Arbeitgeber nicht höhere Rentenbeiträge gezahlt werden müssen als nach bestehender Rechtslage. Diese Neuregelung gilt für alle Altersteilzeitbeschäftigten, die nach dem 30. Juni 2004 begonnen haben. Wie bereits bisher kann der Arbeitgeber weiterhin auf freiwilliger Basis höhere Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung unter Beachtung der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze entrichten.

### **Sonderregelungen zu den Beitragsbemessungsgrundlagen für bestimmte Personengruppen**

#### **Beitragsbemessungsgrundlage bei Wehr-/Zivildienstleistenden**

499 Für bestimmte Personengruppen gelten für die Beitragsbemessungsgrundlage Sonderregelungen. So werden für Personen, die als Wehrdienst- oder Zivildienstleistende versichert sind, Beiträge auf der Grundlage eines bestimmten Prozentsatzes der monatlichen Bezugsgröße gezahlt. Bis zum 31. Dezember 1999 errechnete sich die für Wehrdienst- oder Zivildienstleistende maßgebliche Beitragsbemessungsgrundlage aus 80 v. H. der monatlichen Bezugsgröße. Mit dem im Dezember 1999 verabschiedeten Haushaltssanierungsgesetz wurde sie für die Zeit ab dem 1. Januar 2000 auf 60 v. H. der monatlichen Bezugsgröße herabgesetzt, so dass für Wehrdienst- oder Zivildienstleistende im Jahr 2006 in den alten Bundesländern Beiträge aus einer monatlichen Bemessungsgrundlage von 1.470 Euro (2.450 Euro x 60%) und in den neuen Bundesländern aus einer monatlichen Bemessungsgrundlage von 1.239 Euro (2.065 Euro x 60%) gezahlt werden.

#### **Beitragsbemessungsgrundlage bei Beziehern von Lohnersatzleistungen**

500 Für Bezieher von Lohnersatzleistungen, wie z. B. Arbeitslosengeld I, Krankengeld oder Verletzungsgeld, beträgt die Beitragsbemessungsgrundlage 80 v. H. des jeweils dieser Lohnersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts.

501 Für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe ist die Beitragsbemessungsgrundlage mehrfach geändert. Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurde die Beitragsbemessungsgrundlage zunächst für diejenigen Bezieher von Arbeitslosenhilfe gekürzt, die wegen der Berücksichtigung von anderweitigem Einkommen oder Vermögen nur einen gekürzten Anspruch auf Arbeitslosenhilfe hatten. Bei diesen Personen sind von der Bundesanstalt für Arbeit in der Zeit von 1997 bis 1999 Beiträge nur noch auf der Grundlage der im Verhältnis von gekürztem zu ungekürztem Arbeitslosenhilfeanspruch reduzierten Beitragsbemessungsgrundlage an die Rentenversicherung gezahlt worden.

502 Durch das im Dezember 1999 verabschiedete Haushaltssanierungsgesetz ist dann die für Bezieher von Arbeitslosenhilfe maßgebliche Beitragsbemessungsgrundlage erneut geändert worden. Für die Zeit vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2004 war für Bezieher von Arbeitslosenhilfe dann nur noch der jeweilige Zahlbetrag der Arbeitslosenhilfe Beitragsbemessungsgrundlage für den Rentenversicherungsbeitrag.

503 Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist mit Wirkung vom 1. Januar 2005 an die Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe zu der neuen Leistung Arbeitslosengeld II zusammengelegt worden. Im Unterschied zur Arbeitslosenhilfe ist Berechnungsgrundlage für das Arbeitslosengeld II nicht mehr ein Bemessungsentgelt, sondern wie bei der bisherigen Sozialhilfe ausschließlich der Bedarf des Leistungsberechtigten. Daher ist Bemessungsgrundlage für den Rentenversicherungsbeitrag von Beziehern der neuen Leistung Arbeitslosengeld II nicht wie zuvor bei Bezug von Arbeitslosenhilfe der Zahlbetrag der Arbeitslosenhilfe, sondern vom Zahlbetrag völlig unabhängig, der gesetzlich bestimmte Betrag von 400 Euro. Damit werden für die Zeit der Pflichtversicherung wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II Rentenanwartschaften auf der Grundlage des Mindestbeitrags für die freiwillige Versicherung

erworben. Gleiches gilt für die Zeit dem Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II.

*503a* Mit dem Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch ist nach den Vorgaben des Koalitionsvertrages von CDU/CSU und SPD zur Konsolidierung des Bundeshaushalts die einheitliche Bemessungsgrundlage für den Rentenversicherungsbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007 von 400 Euro auf 205 Euro herabgesetzt worden. Danach zahlt die Bundesagentur für Arbeit bei einem Beitragsatz von 19,5%, wie er für das Jahr 2006 festgesetzt worden ist, für jeden Bezieher von Arbeitslosengeld II ab dem Jahr 2007 nur noch einen Beitrag in Höhe von 39,98 Euro monatlich.

*504* Wird neben Arbeitslosengeld II auch Arbeitslosengeld I bezogen, wird ein Betrag zur gesetzlichen Rentenversicherung für den Bezug von Arbeitslosengeld II nur gezahlt, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld I (80 v. H. des dem Arbeitslosengeld I zugrunde liegenden Arbeitsentgelts) den Betrag von 400 Euro unterschreitet. In diesem Fall ist Beitragsbemessungsgrundlage für den Beitrag wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II die Differenz von 400 Euro und der Beitragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld I. Diese Regelung gilt jedoch nur noch bis zum 31. Dezember 2006. Denn nach einer mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch eingefügten Änderung sind Bezieher von Arbeitslosengeld II, die schon deswegen rentenversicherungspflichtig sind, weil sie gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder eine Lohnersatzleistung, wie z. B. Arbeitslosengeld I, beziehen, ab dem 1. Januar 2007 nicht mehr wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II rentenversicherungspflichtig. Damit entfällt für sie die Beitragszahlung durch die Bundesagentur für Arbeit ab dem 1. Januar 2007 vollständig.

*505* Bei selbständig Tätigen wird als Beitragsbemessungsgrundlage die monatliche Bezugsgröße zugrunde gelegt: im Jahr 2006 monatlich 2.450 Euro in den alten Bundesländern und monatlich 2.065 Euro in den neuen Bundesländern. Nur wenn der selbständig Tätige ein niedrigeres oder höheres tatsächliches Arbeitseinkommen nachweisen kann, ist dieses Einkommen Grundlage der Beitragszahlung.

## **Tragung der Beiträge**

*506* Die Beiträge werden bei pflichtversicherten Arbeitnehmern von dem Versicherten und dem Arbeitgeber je zur Hälfte getragen. Bei dauerhaft geringfügig beschäftigten Arbeitnehmern, die aufgrund ihres Verzichts auf die Versicherungsfreiheit versicherungspflichtig sind, hat der Arbeitgeber stets einen Beitragsanteil in Höhe von 12%, bei Beschäftigung im Privathaushalt 5%, des Arbeitsentgelts zu tragen.

*507* Die Regelung, wonach die Arbeitgeber die Beiträge allein zu tragen hatten, wenn das monatliche Bruttoarbeitsentgelt des Versicherten die so genannte Geringverdienergrenze von ehemals 610 DM (in den neuen Bundesländern 520 DM) nicht überstieg, war bereits seit 1997 ohne Bedeutung, da die für die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern maßgebende Geringfügigkeitsgrenze seit diesem Jahr die 610 DM- bzw. 520 DM-Grenze erreicht bzw. überschritten hatte. Mit Einführung der Verpflichtung zur Zahlung eines 12-prozentigen Arbeitgeberanteils für geringfügig Beschäftigte mit dem Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse ist die Geringverdienergrenze für versicherungspflichtige Arbeitnehmer ganz aufgehoben worden. Für Auszubildende mit einer Ausbildungsvergütung unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (seit dem 1. April 2003: 400 Euro) hat der Arbeitgeber jedoch auch weiterhin den Rentenversicherungsbeitrag in vollem Umfang zu tragen. Freiwillig Versicherte tragen ihren Beitrag stets allein.

## **Abführung der Beiträge**

*508* Die Beiträge der pflichtversicherten Arbeitnehmer werden bei der Lohnauszahlung vom Arbeitgeber einbehalten und zusammen mit dem Eigenbeitragsanteil und den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Bundesagentur für Arbeit als Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle, die zuständige Krankenkasse, abgeführt. Diese überweist ihrerseits die den einzelnen Sozialversicherungszweigen zustehenden Beitragsanteile. Der Arbeitgeber haftet gegenüber der Einzugsstelle auch für den Beitragsanteil des Arbeitnehmers. Er darf seinen Anspruch gegenüber dem Arbeitnehmer grundsätzlich nur durch Abzug vom Arbeitsentgelt geltend machen. Er darf zudem einen unterbliebenen Abzug nur bei den drei nächsten Lohn- und Gehaltszahlungen nachholen, danach

nur dann, wenn der Abzug ohne sein Verschulden unterblieben ist.

508a Durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 10. August 2005 ist zum 1. Januar 2006 eine neue Fälligkeitsregelung für die Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge in Kraft getreten. Die Gesamtsozialversicherungsbeiträge der pflichtversicherten Beschäftigten sind danach in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung, mit der das Arbeitsentgelt erzielt wird, ausgeübt worden ist. Ein etwa verbleibender Restbetrag wird dann zum drittletzten Bankarbeitstag des nächsten Monats fällig. Mit der neuen Fälligkeitsregelung wird damit ausschließlich auf die voraussichtliche Höhe der Beiträge aus der für den noch laufenden Monat erbrachten Arbeitsleistung abgestellt. Bei Zahlung monatlich gleich bleibender Arbeitsentgelte steht jedoch die Höhe der Beiträge auch bereits am drittletzten Bankarbeitstag des Monats endgültig fest. Die neue Fälligkeitsregelung bewirkt, dass die gesetzliche Rentenversicherung sowie auch die übrigen Sozialversicherungszweige im Jahr 2006 Beiträge für dreizehn Monate einnehmen. Denn der Gesamtsozialversicherungsbeitrag für den Monat Dezember 2005 war von den Arbeitgebern noch nach der bisherigen Fälligkeitsregelung am 15. Januar 2006 und der Gesamtsozialversicherungsbeitrag für den Monat Januar 2006 bereits nach der neuen Fälligkeitsregelung am 27. Januar 2006 zu zahlen. Hierdurch fließen der allgemeinen Rentenversicherung im Jahr 2006 zusätzliche Beitragseinnahmen in Höhe von 9,6 Mrd. Euro zu, so dass aufgrund dieses Effekts für das Jahr 2006 eine Anhebung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung vermieden werden konnte. Damit die Arbeitgeber im Monat der Umstellung der Fälligkeitsregelung, also im Januar 2006, nicht über Gebühr belastet werden, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Danach kann die Zahlung des Ende Januar 2006 fälligen Beitrags für den Monat Januar 2006 in sechs Raten auf die Monate Februar bis Juli 2006 gestreckt werden.

509 Der Arbeitgeber ist auch in den Fällen, in denen der Arbeitnehmer durch Verzicht auf die Versicherungsfreiheit rentenversicherungspflichtig geworden ist, Beitragsschuldner des gesamten Pflichtbeitrags, also auch des Arbeitnehmeranteils in Höhe des Unterschiedsbetrags aus dem mit dem jeweils geltenden Beitragssatz (19,5% im Jahr 2006) ermittelten Beitrag und 12% (bei Beschäftigung in einem Privathaushalt

5%) des erzielten Arbeitsentgelts als Arbeitgeberanteil. Der Arbeitgeber kann auch gegenüber dem versicherungspflichtig geringfügig Beschäftigten den Anspruch auf Erstattung des abzuführenden Arbeitnehmeranteils grundsätzlich nur durch Abzug dieses Beitragsanteils vom Arbeitsentgelt geltend machen.

510 Arbeitgeber, die eine geringfügige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unterhalb des Mindestpflichtbeitrags zur Rentenversicherung (im Jahr 2006:  $19,5\% \times 155 \text{ Euro} = 30,23 \text{ Euro}$ ) eingehen, können ihren Anspruch auf Erstattung des Arbeitnehmeranteils gegenüber dem Arbeitnehmer nicht durch Lohnabzug vollständig realisieren. Aus diesem Umstand dürfte sich faktisch eine Bagatellentgeltgrenze für rentenversicherungspflichtig geringfügig Beschäftigte in Höhe des jeweiligen Pflichtbeitrags aus der Mindestbemessungsgrundlage von 155 Euro ergeben.

511 Freiwillig Versicherte der Rentenversicherung zahlen ihren Beitrag selbst. Sie können ihn auf Antrag von ihrem Konto auf das Konto ihres Versicherungsträgers überweisen oder durch diesen von ihrem Konto abbuchen lassen. Freiwillige Beiträge für ein Kalenderjahr sind nur wirksam, wenn sie bis spätestens zum 31. März des Folgejahres gezahlt werden.

512 Pflichtbeiträge sind wirksam, wenn sie gezahlt werden, solange der Anspruch auf ihre Zahlung noch nicht verjährt ist; die Verjährungsfrist beträgt grundsätzlich vier Jahre. Danach ist eine Zahlung nur noch unter bestimmten Voraussetzungen in besonderen Härtefällen zulässig.

#### **Zahlung zusätzlicher Beiträge zum Ausgleich von Rentenminderungen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente**

513 Die Rentenminderungen, die sich nach Anhebung der Altersgrenzen bei einer durch die vorzeitige Inanspruchnahme der Altersrente bedingten längeren Rentenbezugsdauer ergeben, kann durch Zahlung zusätzlicher Beiträge ausgeglichen werden. Die Berechtigung zur Zahlung solcher Beiträge hängt von der Erklärung des Versicherten ab, eine Altersrente vorzeitig zu beanspruchen. Die Erklärung verpflichtet jedoch nicht zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Altersrente zum angegebenen Zeitpunkt.

514 Damit sich Versicherte, die von der Möglichkeit der Altersteilzeitarbeit Gebrauch machen wollen, Klarheit darüber verschaffen können, wie sich dies



auf ihre Altersrente auswirken wird und mit welchen zusätzlichen Beiträgen die Rentenminderung beim vorzeitigen Beginn der Altersrente ausgeglichen werden kann, haben sie ab Vollendung des 54. Lebensjahres gegenüber dem Rentenversicherungsträger Anspruch auf Auskunft über die Höhe der sich bei vorzeitiger Inanspruchnahme für sie ergebenden Altersrente und über die Höhe der zum Ausgleich der Rentenminderung erforderlichen Beitragszahlung. Kein Auskunftsanspruch besteht, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für eine vorzeitige Altersrente offensichtlich nicht erfüllt werden können.

515 Für die Auskunft hat der Arbeitgeber das gegenwärtige, aufgrund der bisherigen Beschäftigung gezahlte Arbeitsentgelt (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) zu bescheinigen, soweit künftige rentenrechtliche Zeiten noch nicht bescheinigt sind. Dabei ist auch eine Einmalzahlung einzubeziehen, so weit mit hinreichender Sicherheit zu erwarten ist (z. B. aufgrund tarifvertraglicher Regelung), dass sie im entsprechenden Jahreszeitraum anfällt. Liegt eine Bescheinigung des Arbeitgebers nicht vor, werden die durchschnittlichen monatlichen Entgeltpunkte der Beitragszeiten des Kalenderjahres zugrunde gelegt, für das zuletzt Entgeltpunkte ermittelt werden können.

516 Für die Ermittlung der durch den vorzeitigen Beginn der Altersrente bedingten Rentenminderung ist in einem ersten Schritt die Minderung des Zugangsfaktors und dann in einem zweiten Schritt die sich durch den niedrigeren Zugangsfaktor ergebende Minderung der persönlichen Entgeltpunkte zu ermitteln. Im Jahr 2006 ist für den Ausgleich eines persönlichen Entgeltpunkts  $29.304 \text{ Euro} \times 19,5\% = 5.714,28 \text{ Euro}$  zu zahlen, wenn der sich aus diesem „gekauften“ Entgeltpunkt ergebende Rentenbetrag vom Zeitpunkt der jeweils maßgebenden Altersgrenze gezahlt werden soll. Ist absehbar, dass auch der Rentenbetrag für diesen Entgeltpunkt bereits vor der maßgebenden Altersgrenze gezahlt werden soll, erhöht sich der für diesen Entgeltpunkt erforderliche Beitrag um 0,3% für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme der Rente, wenn eine entsprechende Minderung des Rentenbetrags vermieden werden soll.

517 Die zusätzlichen Beiträge sind vom Versicherten zu tragen. Die Zahlung des Beitrags kann aber auch von einem Dritten, wie z. B. dem Arbeitgeber im Rahmen von Altersteilzeitvereinbarungen, übernommen werden.

## Beiträgerstattung

518 Wirksam gezahlte Beiträge können nur unter sehr engen Voraussetzungen wieder erstattet werden. Anspruch auf Beiträgerstattung haben grundsätzlich nur Versicherte, die weder versicherungspflichtig sind, noch das Recht zur freiwilligen Versicherung haben. Da das Recht auf freiwillige Versicherung aber im Prinzip allen Deutschen und darüber hinaus denjenigen Ausländern zusteht, die entweder in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Land wohnen, mit dem ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht, ergibt sich ein Recht auf Beiträgerstattung praktisch nur für Ausländer im vertragslosen Ausland oder für Beamte, die nicht bereits vor ihrer Verbeamtung die allgemeine Wartezeit erfüllt hatten. Außerdem müssen seit dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht 2 Jahre (24 Kalendermonate) abgelaufen sein.

519 Mit dem Rentenreformgesetz 1992 ist auch den Versicherten ein Recht auf Beiträgerstattung eingeräumt worden, die das 65. Lebensjahr vollendet und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren nicht erfüllt haben, sowie generell Witwen, Witwern und Waisen, wenn ein Anspruch auf Rente von Todes wegen nicht besteht.

520 Die Beiträge werden nur in der Höhe erstattet, in der die Versicherten sie getragen haben. Beiträge aufgrund einer selbständigen Tätigkeit oder freiwillige Beiträge werden zur Hälfte erstattet; Beiträge der Höherversicherung werden in voller Höhe erstattet. Erstattet werden die Beiträge, die für Zeiten nach der Währungsreform im Juni 1948 gezahlt worden sind. Versicherten, die eine Sach- oder Geldleistung – z. B. eine Leistung auf Rehabilitation – bereits in Anspruch genommen haben, werden nur die später gezahlten Beiträge erstattet. Mit der Beiträgerstattung wird das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst.

## Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Rentenversicherung

### Allgemeiner Bundeszuschuss

521 Der Staatszuschuss stellt seit jeher eine Finanzierungsart dar, die für die gesetzliche Rentenversicherung typisch ist. Diese Zuschüsse zur Rentenversicherung werden seit Einführung der Invalidenversicherung im Jahre 1891 ununterbrochen gezahlt, und zwar ursprünglich allein an die Rentenversicherung der Arbeiter, seit 1946 aber auch an die Angestelltenversicherung.



522 Durch die Rentenreform des Jahres 1957 wurde der Bundeszuschuss auf eine neue Grundlage gestellt und so festgesetzt, dass bei einem Beitragssatz von 14% für den ersten bis 1966 reichenden 10jährigen Deckungsabschnitt die im Gesetz geforderte Rücklage in Höhe einer Jahresausgabe zu erreichen war. Außerdem wurde festgelegt, dass der Bundeszuschuss nur für die Ausgaben der Rentenversicherung bestimmt war, die nicht Leistungen der Alterssicherung sind.

523 Von 1957 bis 2005 ist der Bundeszuschuss von 3,4 Mrd. DM auf 54,8 Mrd. Euro (107,1 Mrd. DM) – allgemeiner und zusätzlicher Bundeszuschuss – angestiegen. Der Bundeszuschuss deckte 1957 31,8% der Rentenausgaben ab. Bis 1989 war sein Anteil dann auf 17,1% abgesunken. Im Jahr des In Kraft Treten des Rentenreformgesetzes 1992 belief sich der Anteil auf 19,6% und im letzten Jahr vor Einführung eines zusätzlichen Bundeszuschusses (1997) auf 21,7%. Nach Einführung eines zusätzlichen Bundeszuschusses im Jahr 1998 und der Erhöhungsbeträge zum zusätzlichen Bundeszuschuss ab dem Jahr 2000 sowie unter Berücksichtigung der vom Bund an die Rentenversicherung gezahlten Beiträge für Kindererziehung (im Jahr 2005: 11,7 Mrd. Euro) ist der Anteil des Bundes an den Rentenausgaben weiter – und zwar im Jahr 2005 auf über 28% – angestiegen. Im Verhältnis zu den Ausgaben des Bundes blieb sein Anteil bis zum Jahr 1993 relativ konstant bei rd. 11%. Vom Jahr 1994 an ist der Anteil des Bundeszuschusses am Gesamthaushalt des Bundes jedoch stetig gestiegen; er betrug 1997 vor Einführung des zusätzlichen Bundeszuschusses rd. 15% und nach der Einführung des zusätzlichen Bundeszuschusses ist sein Anteil an den Gesamtausgaben des Bundes bis zum Jahr 2005 auf 21,5% – unter Berücksichtigung der vom Bund an die Rentenversicherung gezahlten Beiträge für Kindererziehung sogar auf über 26% – angestiegen.

524 In die Zahlungsweise des Bundeszuschusses hat der Gesetzgeber in den Jahren seit 1957 vielfältig eingegriffen. In den Jahren 1964 bis 1967 ist es anstelle von Barzahlungen teilweise zur Zuteilung von Schuldbuchforderungen gekommen; 1972 haben die Rentenversicherungsträger Bundesschatzbriefe für einen Teilbetrag übernommen. In den Jahren 1973 bis 1975 wurde die Zahlung des Bundeszuschusses teilweise aufgeschoben, und zwar zum Teil zinslich und zum Teil unverzinslich. Gekürzt wurde der Bundeszuschuss in den Jahren 1968 bis 1971 (um insgesamt rd. 4 Mrd. DM) sowie in den Jahren 1981

(um 3,5 Mrd. DM) und 1983 (um 0,9 Mrd. DM). Im Jahre 1985 wurde ein zusätzlicher Zuschuss des Bundes in Höhe von 238 Mio. DM gezahlt, um die Schwankungsreserve in Höhe einer Monatsausgabe zu gewährleisten. Die Einzelheiten über die Entwicklung des Bundeszuschusses seit 1957 ergeben sich aus der nachfolgenden Übersicht.

**Bundeszuschuss zu den Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter (ArV) und der Angestellten (AnV) bezeichnet)**

im Jahr	tatsächl. gezahlt (in Mrd. DM)	Renten- ausgaben ArV/AnV (in Mrd. DM)	Bundes- Zuschuss in v.H.d. Renten-A.	Ausgaben d. Bundes (in Mrd. DM)	Bundes- Zuschuss in v.H.d. Ausg. d. Bd.
1957	3,4	10,7	31,8	31,6	10,8
1958	3,6	12,2	29,5	33,8	10,7
1959	3,8	13,2	28,8	36,9	10,3
1960	4,1	14,3	28,7	30,3 <sup>*)</sup>	13,5
1961	4,3	15,5	27,7	43,1	10,0
1962	4,6	16,8	27,4	49,8	9,2
1963	5,0	18,1	27,6	54,8	9,1
1964	5,4	20,1	26,9	58,2	9,3
1965	5,9	22,5	26,2	64,2	9,2
1966	6,4	25,3	25,3	66,9	9,6
1967	6,9	28,5	24,2	74,6	9,2
1968	6,7	31,6	21,2	75,8	8,8
1969	7,0	35,3	19,8	82,3	8,5
1970	7,2	38,4	18,8	88,0	8,2
1971	7,7	41,5	18,6	98,5	7,8
1972	9,7	47,2	20,6	111,1	8,7
1973	8,3	55,3	15,0	122,6	6,8
1974	11,4	64,3	17,7	134,0	8,5
1975	10,9	72,8	15,0	156,9	6,9
1976	14,8	83,0	17,8	162,5	9,1
1977	16,3	93,2	17,5	172,0	9,5
1978	19,2	99,0	19,4	189,1	0,2
1979	20,3	103,8	19,6	203,4	0,0
1980	21,3	109,4	19,5	215,7	9,9
1981	18,8	115,1	16,3	233,0	8,1
1982	22,2	122,7	18,1	246,6	9,0
1983	22,4	127,8	17,5	246,7	9,1
1984	24,2	135,3	17,9	251,8	9,6
1985	25,1	141,0	17,8	257,1	9,8
1986	25,9	146,1 <sup>**)</sup>	17,7	261,5	9,9
1987	26,7	152,6 <sup>**)</sup>	17,5	268,5	9,9
1988	27,6	159,6 <sup>**)</sup>	17,3	275,4	10,0
1989	28,5	166,9 <sup>**)</sup>	17,1	289,8	9,8
1990	29,7	175,9 <sup>**)</sup>	16,9	380,2	7,8
1991 <sup>***)</sup>	98,4	214,9	17,8	401,8	9,6
1992	46,5	236,8	19,6	427,2	10,9
1993	49,6	255,7	19,4	457,5	10,8
1994	58,4	279,7	20,9	471,2	12,4
1995	59,6	295,3	20,2	464,7	12,8
1996	63,1	308,4	20,5	451,3	14,0
1997	68,9	317,7	21,7	459,6	15,0
1998 <sup>****)</sup>	82,3	328,5	25,1	456,9	18,0
1999	83,2	335,9	24,8	482,8	17,2
2000	82,9	347,6	23,9	478,0	17,3
2001	89,9	359,0	25,0	475,9	18,9
2002 <sup>*****)</sup>	49,3	189,8	26,0	252,5	19,5
2003	53,9	195,4	27,6	247,9	21,7
2004	54,3	197,6	27,5	251,2	21,6
2005	54,8	201,8	27,2	254,3	21,5

<sup>\*)</sup> Rumpfhaltjahr 1.4.–31.12.1960

<sup>\*\*)</sup> Rentenausgaben ohne Ausgaben für Kindererziehungszeiten

<sup>\*\*\*)</sup> ab 1991 einschließlich neue Bundesländer

<sup>\*\*\*\*)</sup> ab 1998 einschließlich des zusätzlichen Bundeszuschusses

<sup>\*\*\*\*\*)</sup> ab 2002 Beträge in EUR

525 Abgesehen von diesen Eingriffen ist der Bundeszuschuss aber grundsätzlich – wie im Gesetz festgelegt – gezahlt und entsprechend der Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte fortgeschrieben worden. Der relative Rückgang des Bundeszuschusses im Vergleich zu den Rentenausgaben bis zum In-Kraft-Treten der Rentenreform 1992 ist daher weniger auf die beschriebenen Eingriffe als vielmehr darauf zurückzuführen, dass die Rentenausgaben seit 1957 stärker anstiegen als die Arbeitsentgelte. Die Gründe für diesen stärkeren Anstieg lagen insbesondere in der Einbeziehung neuer Personenkreise in die gesetzliche Rentenversicherung, in der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen, dem stärkeren Versicherungsgrad der deutschen Bevölkerung, der gestiegenen Lebenserwartung sowie auch in zahlreichen Verbesserungen des Leistungsrechts begründet.

526 Um sicherzustellen, dass sich der Bund künftig an der wachsenden Altersbelastung beteiligt, wurde durch das Rentenreformgesetz 1992 der Bundeszuschuss für das Jahr 1990 um 300 Mio. DM und für das Jahr 1991 um 2,3 Mrd. DM und zusätzlich um den Betrag erhöht, den der Bund der Rentenversicherung im Jahre 1991 für die Anrechnung von Kindererziehungszeiten erstattet hat; das waren rd. 4,8 Mrd. DM. Zunächst von dieser Basis ausgehend wird der Bundeszuschuss seit 1992 nicht nur – wie schon bis Ende 1991 – entsprechend der Entwicklung der Arbeitsverdienste, sondern zusätzlich entsprechend der Veränderung des Beitragssatzes fortgeschrieben. Der Fortschreibung ist jeweils der Beitragssatz zugrunde zu legen, der sich ergäbe, wenn ein zusätzlicher Bundeszuschuss sowie ein Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss (Rdnr. 529 und 534) nicht gezahlt werden würde. Hierdurch ist sichergestellt, dass die aus der Mehrwertsteuer sowie aus der ökologischen Steuerreform resultierenden Einnahmen nicht den allgemeinen Bundeszuschuss mindern und sich somit in vollem Umfang beitragsatzsenkend auswirken können.

527 Der im Jahr 1991 in den allgemeinen Bundeszuschuss eingestellte pauschale Erstattungsbetrag für die Aufwendungen aus anzurechnenden Kindererziehungszeiten in Höhe von 4,8 Mrd. DM hatte sich aufgrund der jeweiligen Veränderungsraten für den allgemeinen Bundeszuschuss bis zum Jahr 1998 auf den Betrag von rd. 7,2 Mrd. DM fortgeschrieben. Mit der Aufnahme der Zahlung von Beiträgen für Kindererziehungszeiten durch den Bund mit Wirkung ab dem 1. Juni 1999 (Rdnr. 532) wurde dieser Betrag in zwei Teilbeträgen und zwar vom Bundeszuschuss für

das Jahr 1999 in Höhe von 4,75 Mrd. DM und vom Bundeszuschuss für das Jahr 2000 in Höhe von 2,45 Mrd. DM wieder abgezogen.

528 Der Bundeszuschuss ist weder auf die Finanzierung „versicherungsfremder“ Leistungen noch – wie es der Gesetzeswortlaut bis Ende 1991 nahe gelegt hat – auf einen Ausgleich nicht alterssicherungsspezifischer Risiken beschränkt. Ihm kommt vielmehr einerseits eine Entlastungs- und Ausgleichsfunktion zu, soweit die Rentenversicherung Leistungen für die Allgemeinheit erbringt, und andererseits auch eine allgemeine Sicherungsfunktion, soweit er Ausfluss der sozialstaatlichen Verpflichtung des Bundes ist, die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung auch unter sich ändernden ökonomischen und demographischen Rahmenbedingungen aufrechtzuerhalten.

### **Zusätzlicher Bundeszuschuss**

529 Aufgrund des Gesetzes zur Finanzierung eines zusätzlichen Bundeszuschusses zur gesetzlichen Rentenversicherung erhält die Rentenversicherung seit dem 1. April 1998 einen zusätzlichen Bundeszuschuss. Dieser belief sich im Jahr 1998 auf 9,6 Mrd. DM und hat im Jahr 1999 15,6 Mrd. DM betragen. Seit dem Jahr 2000 wird der zusätzliche Bundeszuschuss jährlich entsprechend dem Anstieg der Mehrwertsteuereinnahmen angepasst. Mit dem zusätzlichen Bundeszuschuss wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Rentenversicherung auch in erheblichem Umfang gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahrnimmt. Darüber hinaus dient er auch der pauschalen Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen der Rentenversicherung. In ihm ist die Erstattung für Aufwendungen der Rentenversicherung nach dem Fremdretenrecht enthalten.

530 Mit dem Haushaltssanierungsgesetz vom 22. Dezember 1999 wurde vorgesehen, dass auch die gesetzliche Rentenversicherung ihren Beitrag zur Entlastung des Bundeshaushalts zu leisten hat. Daher wurde hier bestimmt, dass der zusätzliche Bundeszuschuss im Jahr 2000 um 1,1 Mrd. DM, im Jahr 2001 um 1,1 Mrd. DM, im Jahr 2002 um 664,679 Mio. Euro (1,3 Mrd. DM) und im Jahr 2003 um 102,258 Mio. Euro (200 Mio. DM) zu vermindern ist.

### **Senkung der Lohnnebenkosten durch die ökologische Steuer- und Abgabenreform**

531 Ein Schwerpunkt des sozialversicherungsrechtlichen Teils des Gesetzes zu Korrekturen in

der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 19. Dezember 1998 war der Einstieg in die Senkung der Lohnnebenkosten im Zusammenhang mit der ökologischen Steuer- und Abgabenreform. Zu diesem Zweck setzt der Bund das Aufkommen aus der ersten Stufe der ökologischen Steuerreform, die zum 1. April 1999 in Kraft getreten ist, in vollem Umfang zur Senkung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung ein. Der Beitragssatz zur Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten konnte daher zum 1. April 1999 von 20,3% auf 19,5% gesenkt werden. Die Senkung des Beitragssatzes um 0,8 Prozentpunkte wurde durch die Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung für Kindererziehung und die Übernahme von Kosten der deutschen Einheit durch den Bund erreicht.

532 Der Bund zahlt ab 1. Juni 1999 in pauschaler Form Beiträge für die anzurechnenden Kindererziehungszeiten. Im Gegenzug wurde der allgemeine Bundeszuschuss um die Erstattungen für die Leistungen aus anerkannten Kindererziehungszeiten um 7,2 Mrd. DM gemindert (Rdnr. 527). Für Kindererziehungszeiten hat der Bund pauschal für das Jahr 1999 13,6 Mrd. DM und für das Jahr 2000 22,4 Mrd. DM gezahlt. Der pauschale Beitrag des Bundes für die Folgejahre, also ab dem Jahr 2001, wird ermittelt, indem der jeweilige Basisbetrag (für das Jahr 2001 war der Basisbetrag des Jahres 2000 in Höhe von 22,4 Mrd. DM maßgebend) entsprechend der Entwicklung von durchschnittlichem Bruttoarbeitsentgelt, Beitragssatz und Zahl der Kinder unter 3 Jahren verändert wird. Für das Jahr 2006 wurde der pauschale Beitrag nach diesem Verfahren auf rd. 11,7 Mrd. Euro festgesetzt.

533 Der Bund erstattet der Rentenversicherung ab dem 1. Januar 1999 die Aufwendungen für die Aufwülfbeiträge, die zu den Renten in den neuen Bundesländern gezahlt werden (Rdnr. 687). Hierbei handelt es sich um Bestandsschutzzahlungen, die im Zusammenhang mit der Überleitung des Rentenrechts nach dem SGB VI auf die neuen Bundesländer eingeführt worden sind. Auch die Aufwendungen nach dem 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz für den Ausgleich erlittener Rentennachteile aufgrund politischer Verfolgungsmaßnahmen durch das DDR-Regime werden vom Bund übernommen. Im Jahr 2005 werden hierdurch die Beitragszahler von der Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben in Höhe von rd. 600 Mio. Euro jährlich entlastet.

### **Der Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss**

534 Mit dem Haushaltssanierungsgesetz vom 22. Dezember 1999 wurde vorgesehen, dass die Steuerzahler einen weiteren Beitrag zur Dämpfung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Rentenversicherung leisten, indem sie das Aufkommen aus den weiteren Stufen der ökologischen Steuerreform zur Senkung des Beitragssatzes bereitstellen. Mit dem Gesetz zur Fortführung der ökologischen Steuerreform wurde die Mineralölsteuer in den Jahren 2000 bis 2003 um jeweils 6 Pfennige (3 Euro-Cent) je Liter erhöht. Die hieraus gewonnenen Mittel werden zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung eingesetzt, indem der zusätzliche Bundeszuschuss um einen Erhöhungsbetrag ergänzt worden ist.

535 Für die Jahre 2000 bis 2003 ist der Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss durch gesetzlich bestimmte Abschlagszahlungen betragsmäßig so präzisiert worden, dass das tatsächliche Aufkommen aus den vier weiteren Stufen der ökologischen Steuerreform der gesetzlichen Rentenversicherung zukommt. Der Erhöhungsbetrag wurde mit dem Haushaltssanierungsgesetz für das Jahr 2000 auf 2,6 Mrd. DM, für das Jahr 2001 auf 8,6 Mrd. DM, für das Jahr 2002 auf 7,10696 Mrd. Euro und für das Jahr 2003 auf 9,86793 Mrd. Euro festgesetzt.

536 Die Beträge sollten zunächst den Charakter vorläufiger Abschlagszahlungen haben und bis zum 30. Juni des übernächsten Kalenderjahres anhand des tatsächlichen Aufkommens der ökologischen Steuerreform abgerechnet werden. Der Basisbetrag des Jahres 2003 sollte sodann mit der Veränderungsrate des Aufkommens aus der ökologischen Steuerreform fortgeschrieben werden.

537 Die zunächst eng mit den Einnahmen aus der ökologischen Steuerreform verbundene Fortschreibung des Erhöhungsbetrags zum zusätzlichen Bundeszuschuss wurde jedoch mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vollständig gelöst. Als Erhöhungsbetrag wurde unter Berücksichtigung der Verminderung der Einnahmen aus dem Mineralölsteueraufkommen durch die Steuerentlastungsregelung zu Gunsten der Landwirtschaft, die das für die Jahre 2000 bis 2003 der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten zugeordnete Aufkommen aus der ökologischen Steuerreform reduziert hat, endgültig für das Jahr 2000 auf 2,6 Mrd. DM, für das Jahr 2001 auf 8,14

Mrd. DM, für das Jahr 2002 auf 6,8104 Mrd. Euro und für das Jahr 2003 auf 9,51002 Mrd. Euro ohne Revisionsklausel und ohne Abhängigkeit vom jeweils tatsächlichen Aufkommen der ökologischen Steuerreform festgesetzt. Die Abzüge von den mit dem Haushaltssanierungsgesetz für die Jahre 2001 bis 2003 zunächst festgesetzten Erhöhungsbeträgen betragen damit 460 Mio. DM für das Jahr 2001, 296,55 Mio. Euro für das Jahr 2002 und 357,90 Mio. Euro für das Jahr 2003.

538 Für die Kalenderjahre ab 2004 verändern sich die Erhöhungsbeträge in dem Verhältnis, in dem die Bruttolohn- und -gehaltssumme im vergangenen Kalenderjahr zur entsprechenden Bruttolohn- und -gehaltssumme im vorvergangenen Kalenderjahr steht. Mit dieser Fortschreibungssystematik wird sichergestellt, dass die mit dem Ansatz der ökologischen Steuerreform verbundene Beitragssatzstabilisierung auch künftig erreicht wird.

539 Mit dem Altersvermögensgesetz wurde der Erhöhungsbetrag für den zusätzlichen Bundeszuschuss mit Wirkung ab dem Jahr 2003 um weitere 409 Mio. Euro abgesenkt, um den Finanzierungsanteil des Bundes an den Maßnahmen der sozialen Grundversicherung im Alter sowie für die aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen refinanzieren zu können (Rdnr. 449). Unter Berücksichtigung aller vorgenommenen Änderungen am Erhöhungsbetrag hat der Bund im Jahr 2005 einen zusätzlichen Bundeszuschuss in Höhe von rd. 17,3 Mrd. Euro gezahlt.

### **Erstattungen des Bundes**

540 Den Trägern der Rentenversicherung werden insbesondere ihre Aufwendungen für Leistungen aus der Überleitung der Ansprüche aus den Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR in die gesetzliche Rentenversicherung aufgrund des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (im Jahr 2005: rd. 2,7 Mrd. Euro) sowie die Aufwendungen für die übrigen wiedervereinigungsbedingten Leistungen (im Jahr 2004: rd. 700 Mio. Euro) erstattet. Hierbei handelt es sich um Auffüllbeträge und Rentenzuschläge für Renten in den neuen Bundesländern und Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets (Artikel 2 des Renten-Überleitungsgesetzes) sowie für Leistungen nach dem Gesetz über den Ausgleich beruflicher Benachteiligung für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet.

### **Liquiditätshilfe des Bundes**

541 Zusätzlich zu den Bundeszuschüssen leistet der Bund, wenn dies zum Ausgleich nicht vorhergesehener Konjunkturschwankungen erforderlich werden sollte, im Rahmen der Bundesgarantie eine Liquiditätshilfe, wenn die Nachhaltigkeitsrücklage in der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten bezeichnet) nicht ausreicht, die Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen. Dabei handelt es sich aber nur um ein unverzinsliches Darlehen, das zurückzuzahlen ist, sobald es nicht mehr benötigt wird. Bevor es jedoch zur Inanspruchnahme der Liquiditätshilfe durch den Bund kommt, wird zur Überbrückung von Liquiditätseingängen die Zahlung einer Monatsrate des in insgesamt 12 Monatsraten zu zahlenden Bundeszuschusses vorgezogen. Aufgrund der schwachen konjunkturellen Entwicklung im Jahr 2005 hatte die allgemeine Rentenversicherung Ende November 2005 die Liquiditätshilfe des Bundes mit rd. 900 Mio. Euro in Anspruch genommen, um die Rentenzahlungen für Dezember 2005 sicherzustellen. Die erhaltene Liquiditätshilfe wurde noch im Dezember 2005 in voller Höhe an den Bund zurückgezahlt.

### **Finanzausgleich**

542 Bis zum 31. Dezember 2004 waren Arbeiter und Angestellte in der Rentenversicherung zu gleichen Beiträgen und Leistungen, aber bei verschiedenen Versicherungsträgern versichert. Da die Zahl der Angestellten seit Jahrzehnten zugenommen hatte, während die der Arbeiter zurückging, konnte schon aus diesem Grund allein die Angestelltenversicherung auf Dauer mit zunehmenden Beitragseinnahmen rechnen. Um diese zwangsläufige, durch die wirtschaftlichen Verhältnisse bedingte unterschiedliche Entwicklung der beiden Versicherungszweige auszugleichen, wurde ein Finanzausgleich vorgesehen. Dieser Finanzausgleich wurde von der Angestelltenrentenversicherung an die Arbeiterrentenversicherung erbracht, wenn die Schwankungsreserve (Nachhaltigkeitsrücklage) der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter insgesamt am Ende eines Jahres das 0,1fache der durchschnittlichen Aufwendungen für einen Kalendermonat unter- und in der Angestelltenrentenversicherung das 0,25fache der durchschnittlichen Aufwendungen für einen Kalendermonat überstieg. Reichten die liquiden Mittel nicht aus, haben sich die Träger der Arbeiterrentenversicherung und der Angestelltenrentenversicherung

die erforderlichen Mittel gegenseitig zur Verfügung gestellt (Liquiditätshilfe). Mit diesen Maßnahmen sollte auch ohne eine einheitliche Organisation und ohne Belastung des Kapitalmarkts möglichst jederzeit die Zahlungsfähigkeit der Rentenversicherungsträger untereinander sichergestellt werden.

543 Innerhalb der Arbeiterrentenversicherung bestand zudem ein Finanzverbund in der Form, dass Renten, Beitragserstattungen, Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner und sonstige Geldleistungen mit Ausnahme der Leistungen zur Rehabilitation von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter gemeinsam getragen und für ein Kalenderjahr im Verhältnis der Beitragseinnahmen verteilt wurden.

544 Mit der Aufhebung der organisatorischen Unterscheidung zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten war mit dem Gesetz zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung auch der Finanzausgleich zwischen den Trägern der Rentenversicherung neu zu regeln. Der bisherige Finanzausgleich zwischen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten wird nur noch vorübergehend bis zum 31. Dezember 2005 beibehalten. Mit Wirkung vom 1. Januar 2006 wird in der allgemeinen Rentenversicherung ein einheitlicher Finanzverbund eingeführt. Danach werden die Ausgaben für Renten, Beitragserstattungen, die von der allgemeinen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner von den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Darüber hinaus werden auch die Bundeszuschüsse, die Beitragszahlung des Bundes für Kindererziehung nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen den Trägern der allgemeinen Rentenversicherung zugeordnet. Nach diesem Verhältnis erfolgt zugleich auch die Zuordnung der Nachhaltigkeitsrücklage zu den Rentenversicherungsträgern einschließlich der Erträge.

545 Sollten ein Regionalträger (bis 30. September 2005 als Landesversicherungsanstalt bezeichnet) über keine ausreichenden Mittel verfügen, um ihre Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen, füllt die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis 30. September 2005 als Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bezeichnet) die für die jeweiligen Zahlungsverpflichtungen fehlenden Mittel auf. Reichen die verfügbaren Mittel aller Träger der allgemeinen Rentenversiche-

rung nicht aus, die jeweiligen Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen, beantragt die Deutsche Rentenversicherung Bund zusätzliche finanzielle Hilfen des Bundes.

## **Besonderheiten für bestimmte Personengruppen**

### **Sonderregelungen für Bergleute**

546 Die von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (bis zum 30. September 2005 als Bundesknappschaft bezeichnet) durchgeführte knappschaftliche Rentenversicherung nimmt im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung eine Sonderstellung ein. Bei ihr steht das berufsständische Prinzip im Vordergrund, weshalb sowohl Arbeiter als auch Angestellte in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind. Entscheidend ist die Tätigkeit in einem knappschaftlichen Betrieb, d. h. einem Betrieb, in dem Mineralien oder ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden.

547 Abgesehen von den Regelungen des Bochumer Verbandes für knappschaftliche Führungskräfte bieten die knappschaftlichen Betriebe ihren Arbeitnehmern keine zusätzliche Altersversorgung an, wie sie bei anderen Großbetrieben üblich ist. Dafür liegt aber das Beitrags- und Leistungsniveau in der knappschaftlichen Rentenversicherung um ein Drittel über dem Niveau der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten. Es wird deshalb auch von der Bifunktionalität der knappschaftlichen Rentenversicherung gesprochen, die Regelsicherung und zusätzliche betriebliche Altersversorgung in einem System einschließt.

548 Wegen der besonderen Risiken des Bergbaus und der strukturellen Anpassungsprozesse in diesem Wirtschaftsbereich enthält die knappschaftliche Rentenversicherung zusätzlich zu den sonst bei Arbeitern und Angestellten üblichen Leistungen für die unter Tage Beschäftigten folgende Sonderleistungen:

- Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute erhält, wer das 60. Lebensjahr vollendet und die Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage oder diesen gleich gestellten Zeiten erfüllt hat. Diese Rente errechnet sich nicht nur aus Knappschaftszeiten, sondern auch aus ggf. in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zurückgelegten



rentenrechtlichen Zeiten. Ein Hinzuverdienst ist – wie bei anderen vorgezogenen Altersrenten auch – nur eingeschränkt möglich. Von der Anhebung der Altersgrenzen ist diese Rentenart nicht betroffen.

- Im Bergbau verminderte Berufsfähigkeit ist Voraussetzung für die Rente für Bergleute. Im Bergbau vermindert berufsfähig ist ein Versicherter, der aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr im Stande ist, die von ihm bisher ausgeübte knappschaftliche Beschäftigung oder eine andere wirtschaftlich im Wesentlichen gleichwertige knappschaftliche Beschäftigung auszuüben und tatsächlich auch nicht außerhalb des Bergbaus eine solche Beschäftigung ausübt. Weitere Voraussetzung ist, dass er in den letzten fünf Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles drei Jahre mit knappschaftlichen Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt sowie die allgemeine Wartezeit in der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt hat. Verminderte bergmännische Berufsfähigkeit wird unterstellt, wenn der Bergmann das 50. Lebensjahr vollendet hat, im Vergleich zu der bisher ausgeübten knappschaftlichen Beschäftigung eine wirtschaftlich gleichwertige Beschäftigung nicht mehr ausübt und die Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage erfüllt hat. Die Rente für Bergleute wird nur aus Entgeltpunkten errechnet, die auf die knappschaftliche Rentenversicherung entfallen. Sie wird – wie auch die anderen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – nur bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres gezahlt.

549 Zur Stärkung der Lohnersatzleistungsfunktion der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde auch für die Rente für Bergleute mit Wirkung ab dem 1. Januar 1996 eine Hinzuverdienstgrenze entsprechend der Regelung für die Berufsunfähigkeitsrente aus der allgemeinen Rentenversicherung eingeführt. Ziel dieser Hinzuverdienstgrenzenregelung ist es ebenfalls, zu verhindern, dass der Rentner durch Rente und Hinzuverdienst ein höheres Gesamteinkommen erzielt als vor dem Rentenbezug. Die Rente für Bergleute mit Beginn ab dem 1. Januar 2001 wird bei einem Hinzuverdienst von

- bis zum 23,3fachen des aktuellen Rentenwerts, vervielfältigt mit den Entgeltpunkten der letzten 3 Kalenderjahre vor Beginn der Rente der

Bergleute oder, wenn dieser Betrag höher ist, bis zum 34,95fachen des aktuellen Rentenwerts (dies entspricht seit Juli 2003 einem Betrag von 913,24 Euro in den alten Bundesländern und 802,80 Euro in den neuen Bundesländern) in voller Höhe,

- bis zum 31,1fachen des aktuellen Rentenwerts vervielfältigt mit den Entgeltpunkten der letzten 3 Kalenderjahre vor Beginn der Rente für Bergleute oder, wenn dieser Betrag höher ist, bis zum 46,65fachen des aktuellen Rentenwerts (dies entspricht seit Juli 2003 einem Betrag von 1.218,96 Euro in den alten Bundesländern und 1.071,55 Euro in den neuen Bundesländern) in Höhe von zwei Dritteln und
- bis zum 38,9fachen des aktuellen Rentenwerts vervielfältigt mit den Entgeltpunkten der letzten 3 Kalenderjahre vor Beginn der Rente für Bergleute oder, wenn dieser Betrag höher ist, bis zum 58,35fachen des aktuellen Rentenwerts (dies entspricht seit Juli 2003 einem Betrag von 1.524,69 Euro in den alten Bundesländern und 1.340,30 Euro in den neuen Bundesländern) in Höhe von einem Drittel

gezahlt. Wird die höchstmögliche Hinzuverdienstgrenze überschritten, ruht der Anspruch auf Rente für Bergleute in voller Höhe.

550 Keine Rente, sondern eine besondere, aus Gründen des strukturellen Anpassungsprozesses im Bergbau seit Juni 1963 erbrachte Leistung ist die Knappschaftsausgleichsleistung ab Vollendung des 55. Lebensjahres, die ebenfalls grundsätzlich eine Wartezeit von 25 Jahren mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage voraussetzt. Außerdem ist regelmäßig erforderlich, dass der Versicherte seine Tätigkeit im Bergbau aufgibt. Die Knappschaftsausgleichsleistung soll langjährig im Bergbau Tätigen einen Berufswechsel ersparen oder zumindest erleichtern, der wegen des seit Jahren stattfindenden strukturellen Anpassungsprozesses im Bergbau vielfach durch Rationalisierungsmaßnahmen ausgelöst wird. Die Knappschaftsausgleichsleistung wird wie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung errechnet, allerdings ohne Zurechnungszeit und allein aus Entgeltpunkten der knappschaftlichen Rentenversicherung.

551 Arbeitnehmer des Steinkohlen- und Braunkohlentiefbaues, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind und nach Vollendung



des 55. Lebensjahres infolge von Stilllegungs- und Rationalisierungsmaßnahmen entlassen werden, erhalten, wenn sie ohne die Entlassung bei Fortbestand des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses die Knappschaftsausgleichsleistung oder eine Altersrente der Knappschaft in längstens fünf Jahren hätten beanspruchen können, ein Anpassungsgeld. Die Höhe dieses seit 1972 eingeführten Anpassungsgeldes richtet sich nach der Rentenanhalterschaft des Versicherten in der knappschaftlichen Rentenversicherung; zusätzliche Leistungen wie z. B. eine Rente für Bergleute werden hierauf angerechnet. Beim Anpassungsgeld handelt es sich um keine Leistung der Bundesknappschaft, sondern um eine aus Bundesmitteln bzw. Haushaltsmitteln der Länder Nordrhein-Westfalen, Saarland und Hessen finanzierte staatliche Sonderleistung für Bergleute. Die Bundesknappschaft führt lediglich die Berechnung und einen Teil der Anspruchsprüfung im Auftrag des Bundesamtes für Wirtschaft durch. Um einen nahtlosen Übergang zu den sonstigen Leistungen der knappschaftlichen Rentenversicherung sicherzustellen, werden Bezugszeiten des Anpassungsgeldes auf die Wartezeit für knappschaftliche Leistungen angerechnet. Außerdem werden diese Zeiten ebenso wie Zeiten des Bezugs der Knappschaftsausgleichsleistung als Anrechnungszeiten gewertet, d. h. sie wirken sich auch ohne Beitragszahlung auf die jeweils nachfolgende Leistung noch rentenerhöhend aus.

552 Die Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung erhöhen sich ggf. um einen Leistungszuschlag. Dieser wurde 1943 eingeführt, um dem Bergmann im Hinblick auf die Verantwortung, Schwierigkeit und die besonders ungünstigen Bedingungen der Untertagearbeit einen Ausgleich zu bieten. Der Leistungszuschlag wird zusätzlich zu einer Rente der knappschaftlichen Rentenversicherung (also nicht zur Knappschaftsausgleichsleistung) nach sechs Jahren ständiger Arbeit unter Tage gezahlt. Er beträgt für jedes volle Jahr

vom 06. bis zum 10. Jahr	0,125
vom 11. bis zum 20. Jahr	0,25
für jedes weitere Jahr	0,375

zusätzliche Entgeltpunkte. Diese Entgeltpunkte sind bei allen Renten aus eigener Versicherung einheitlich mit dem Rentenartfaktor 1,3333, bei Witwen- und Witwerrenten einheitlich mit dem Rentenartfaktor 0,7333/0,8 (bzw. 1,3333 während des so genannten

Sterbevierteljahrs) zu vervielfältigen; bei Halbwaisenrenten gilt der entsprechende Rentenartfaktor 0,1333 und bei Vollwaisenrenten 0,2667. Hieraus ergibt sich, dass z. B. seit dem 1. Juli 2003 bei einer Rente aus eigener Versicherung ein Leistungszuschlag zwischen 4,36 Euro und 13,07 Euro in den alten Bundesländern und zwischen 3,83 Euro und 11,49 Euro in den neuen Bundesländern pro Jahr Untertagetätigkeit gezahlt wird.

553 Bergleute erhalten für jede unter Tage gefahrene Schicht eine Bergmannsprämie. Diese gilt zwar nicht als sozialversicherungspflichtiges Entgelt, sie wird aber dennoch bei der Ermittlung der Entgeltpunkte (Ausnahme: Berechnung einer Rente für Bergleute) berücksichtigt.

554 Die Bifunktionalität der knappschaftlichen Rentenversicherung drückt sich in einem entsprechend höheren Rentenartfaktor aus, der bei

– Renten wegen Alters	1,3333
– Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung	
– solange eine in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherte Beschäftigung ausgeübt wird	0,6
– in den übrigen Fällen	0,9
– Renten wegen voller Erwerbsminderung	1,3333
– Renten für Bergleute	0,5333
– Erziehungsrenten	1,3333
– kleinen Witwenrenten und kleinen Witwerrenten bis zum Ablauf des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats, in dem der Ehegatte verstorben ist,	1,3333
anschließend	0,3333
– großen Witwenrenten und großen Witwerrenten während des so genannten Sterbevierteljahrs,	1,3333
anschließend	0,7333
– und für große Witwen- oder Witwerrenten, die vor dem 1. Januar 2002 begonnen haben, sowie Witwen- oder Witwerrenten, die nach dem 31. Dezember 2001 begonnen haben, aus vor dem 1. Januar 2002 geschlossenen Ehen, wenn einer der beiden Ehegatten vor dem 2. Januar 1962 geboren ist	0,8

- Halbwaisenrenten 0,1333
- Vollwaisenrenten 0,2667

beträgt.

555 Bestand eine Versicherung sowohl in der knappschaftlichen Rentenversicherung als auch in der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter oder Angestellten bezeichnet), sind aus den persönlichen Entgeltpunkten der jeweiligen Rentenversicherungszweige Teilbeträge zu ermitteln, deren Summe den Rentenbetrag ergibt.

556 Beitragsfreie Zeiten werden der knappschaftlichen Rentenversicherung zugeordnet, wenn vor dieser Zeit der letzte Pflichtbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist; Ausbildungs-Anrechnungszeiten und Ersatzzeiten auch dann, wenn nach dieser Zeit die Versicherung beginnt und der erste Pflichtbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt ist. Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Anpassungsgeld oder für Knappschaftsausgleichsleistungen sind immer Zeiten der knappschaftlichen Rentenversicherung.

557 Das höhere Leistungsniveau der knappschaftlichen Rentenversicherung bedingt einen entsprechend höheren Beitragssatz. Dieser beträgt seit dem 1. Januar 2003 25,9%; er ist vom Versicherten in gleicher Höhe wie in der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung (9,75%) und im Übrigen vom Arbeitgeber (16,15%) zu tragen. Der Beitragssatz verändert sich jährlich im gleichen Verhältnis wie in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten.

#### Beitragssätze in der knappschaftlichen Rentenversicherung in % der beitragspflichtigen Einnahmen

Zeitraum	Arb.	Ang.
1924	11,6	10,0
1925	10,7	6,5
1926	11,0	9,3
1927/1928	10,6	12,3
1929/1930	8,5	10,3
1931/1937	9,8	10,9
1938/1941	9,0	16,0
1942/1948	18,5	21,5
ab 1.6.1949		22,5
ab 1.6.1957		23,5
ab 1.1.1981		24,0
ab 1.1.1982		23,5
ab 1.9.1983		24,0
ab 1.1.1984		24,25
ab 1.1.1985		24,45
ab 1.7.1985		24,95
ab 1.1.1987		24,45
ab 1.4.1991		23,45
ab 1.1.1993		23,25

ab 1.1.1994	25,5
ab 1.1.1995	24,7
ab 1.1.1996	25,5
ab 1.1.1997	26,9
ab 1.4.1999	25,9
ab 1.1.2000	25,6
ab 1.1.2001	25,4
seit 1.1.2003	25,9

Die Beitragssätze vor 1938 stellen Durchschnittswerte aus den Beitragssätzen für die einzelnen Lohn- und Gehaltsgruppen dar.

558 Die Regelung zur Geringverdienergrenze, bis zu der der Arbeitgeber den Beitrag in vollem Umfang zu tragen hat, wurde auch für die knappschaftliche Rentenversicherung durch das Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse abgeschafft. Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt im Jahr 2006 77.400 Euro / Jahr bzw. 6.450 Euro / Monat in den alten Bundesländern und 64.800 Euro / Jahr bzw. 5.400 Euro / Monat in den neuen Bundesländern. Die jährliche Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt – wie bei der Fortschreibung des Beitragssatzes – jeweils in demselben Verhältnis wie sich die entsprechende Rechengröße in der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten bezeichnet) verändert hat. Eine freiwillige Versicherung ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung grundsätzlich nicht mehr möglich, es sei denn, vor 1968 wäre bereits ein freiwilliger Beitrag gezahlt worden.

559 Die knappschaftliche Rentenversicherung ist nicht in den Finanzverbund der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter- und Angestellten bezeichnet) einbezogen. Vielmehr trägt der Bund jeweils den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben (Defizithaftung) und stellt damit zugleich die dauernde Leistungsfähigkeit sicher. Ohne diese Defizithaftung des Bundes, die sich im Jahr 2004 auf 7,2 Mrd. Euro (6,1 Mrd. Euro in den alten Bundesländern und rd. 1,1 Mrd. Euro in den neuen Bundesländern) beläuft und damit im Jahr 2004 immerhin über 70% der Ausgaben zu Lasten der knappschaftlichen Rentenversicherung ausgemacht hat, wäre die Finanzierung dieses Versicherungszweiges angesichts der äußerst ungünstigen Versichertenstruktur kaum sicherzustellen. Bedingt durch den Strukturwandel und die Rationalisierung im Bergbau kamen im Jahr 2003 in den alten Bundesländern auf rd. 92.000 Pflichtversicherte, davon rd. 30.000 Unter-Tage-Beschäftigte, rd. 405.000 Renten aus eigener Versicherung und in den neuen Bundesländern

auf rd. 36.600 Pflichtversicherte, davon nur noch rd. 2.500 Unter-Tage-Beschäftigte, rd. 211.000 Renten aus eigener Versicherung. Damit entfallen auf je einen in der knappschaftlichen Rentenversicherung Versicherten in den alten Bundesländern 4,4 Bezieher einer Rente aus eigener Versicherung und in den neuen Bundesländern 5,8 Bezieher einer Rente aus eigener Versicherung.

560 Im Verhältnis zur knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet bzw. erhält die allgemeine Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter- und Angestellten bezeichnet) die Anteile an Renten, die auf einer früheren Versicherung im jeweils anderen Versicherungszweig beruhen (Wanderversicherungsausgleich). Per Saldo erhielt die knappschaftliche Rentenversicherung von den beiden anderen Versicherungszweigen im Jahre 2004 als Wanderversicherungsausgleich gut 5 Mrd. Euro.

### Sonderregelungen für selbständig Tätige

561 Die gesetzliche Rentenversicherung ist an sich als Regelsicherung der abhängig beschäftigten Arbeiter und Angestellten konzipiert. Bestimmte Gruppen von selbständig Erwerbstätigen sind aber in die Pflichtversicherungen zur gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen worden. Hierzu gehören insbesondere Handwerker, die in die Handwerksrolle eingetragen sind (Ende 2003 rd. 64.400 Personen). Außerdem sind versicherungspflichtig

- Lehrer und Erzieher sowie Pflegepersonen, wenn sie im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen,
- Hebammen und Entbindungspfleger,
- Seelotsen,
- Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
- Hausgewerbetreibende sowie
- Küstenschiffer und Küstenfischer, die zur Besatzung ihres Fahrzeuges gehören oder als Küstenfischer ohne Fahrzeug fischen und regelmäßig nicht mehr als vier versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen.

562 1972 wurde allen Selbständigen die Möglichkeit eröffnet, der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag als Pflichtversicherte beizutreten. Voraussetzung hierfür ist, dass sie den Antrag innerhalb von

fünf Jahren nach der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit oder dem Ende einer Versicherungspflicht aufgrund dieser Tätigkeit stellen.

### Arbeitnehmerähnliche Selbständige

563 Eine selbständige Tätigkeit wird heute zum Teil in prekärer Form aufgenommen und ist daher mit hohen Risiken behaftet. Charakteristisch für diese Form der selbständigen Tätigkeit ist, dass der Selbständige keine Arbeitnehmer beschäftigt und in der Regel nur für einen Auftraggeber tätig ist. Im Hinblick darauf, dass bei dieser neuen Form der selbständigen Erwerbstätigkeit der materielle Wert des im Betrieb investierten Kapitals häufig gering ist und daher keine ausreichende Sicherung mehr für das Alter bieten kann, sah der Gesetzgeber es als erforderlich an, auf einer Vorsorgepflicht zu bestehen, um Armut und Sozialhilfebedürftigkeit im Alter vorbeugend zu vermeiden. Seit dem 1. Januar 1999 sind daher Ein-Mann-Unternehmer als so genannte arbeitnehmerähnliche Selbständige kraft Gesetzes rentenversicherungspflichtig.

564 Als arbeitnehmerähnliche Selbständige sind diejenigen Selbständigen tätig, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, dessen Arbeitsentgelt aus diesem Beschäftigungsverhältnis 400 Euro monatlich übersteigt, und auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind. Die Versicherungspflicht als arbeitnehmerähnlicher Selbständiger setzt voraus, dass der Selbständige nicht bereits aufgrund einer der anderen Regelungstatbestände (z. B. Handwerker, Künstler oder Publizist, Lehrer oder Erzieher) rentenversicherungspflichtig ist.

565 Für Personen, die am 31. Dezember 1998 eine selbständige Tätigkeit ausgeübt hatten, in der sie nicht rentenversicherungspflichtig waren, besteht bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen. Wer beim In-Kraft-Treten der Neuregelung am 1. Januar 1999 bereits das 50. Lebensjahr vollendet hatte, konnte sich ohne weitere Vorbedingung von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen.

566 Jüngere Selbständige müssen hingegen eine äquivalente Lebensversicherung oder eine vergleichbare betriebliche Versorgung nachweisen. Äquivalent ist ein Versicherungsschutz bzw. eine Versorgungszusage, wenn das Risiko der Invalidität,

des Alters (ab dem 60. Lebensjahr) und des Todesfalls für die Hinterbliebenen abgedeckt ist und die Aufwendungen für die Versicherung dem Rentenversicherungsbeitrag entsprechen. Die Lebensversicherung bzw. die Versorgungszusage muss bereits vor dem 10. Dezember 1998 (dem Tag der zweiten und dritten Lesung des Gesetzes zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte im Deutschen Bundestag) bestanden haben. Jedoch hatte der Gesetzgeber eine Frist bis zum 30. Juni 2000 eingeräumt, um ggf. Leistungsspektrum und Beitragsaufwand auf das Niveau aufzustocken, dass der gesetzlichen Rentenversicherung äquivalent ist.

567 Mit dem Ende 1999 verabschiedeten Gesetz zur Förderung der Selbstständigkeit wurde für die am 31. Dezember 1998 versicherungsfreien Selbständigen, die zu diesem Stichtag noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet hatten, die Möglichkeit zur Befreiung von der Rentenversicherungspflicht rückwirkend zum 1. Januar 1999 erweitert. Diese Selbständigen können sich auch dann von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie vor dem 10. Dezember 1998 eine vergleichbare Form der Vorsorge betrieben haben oder nach diesem Zeitpunkt bis zum 30. Juni 2000 oder binnen eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht entsprechend ausgestalten. Eine vergleichbare Vorsorge liegt vor, wenn vorhandenes Vermögen oder Vermögen, das aufgrund einer auf Dauer angelegten vertraglichen Verpflichtung angespart wird, insgesamt gewährleistet, dass eine Sicherung für den Fall der Invalidität und des Erreichens des 60. oder eines höheren Lebensjahres sowie im Todesfall für Hinterbliebene vorhanden ist, deren wirtschaftlicher Wert nicht hinter dem einer äquivalenten Lebens- oder Rentenversicherung zurückbleibt.

568 Die am 31. Dezember 1998 versicherungsfreien Selbständigen hatten die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht binnen eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht zu beantragen. Die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht wirkt vom Eintritt der Versicherungspflicht an.

569 Angehörige der freien Berufe (z. B. Rechtsanwälte oder Architekten) können im Einzelfall unter die Kategorie der arbeitnehmerähnlichen Selbständigen fallen und dadurch rentenversicherungspflichtig werden. Jedoch können sie sich nach den bereits bestehenden Regelungen von der Rentenversicherungs-

pflcht befreien lassen, wenn sie Pflichtmitglieder eines berufsständischen Versorgungswerks sind.

### Selbständig tätige Lehrer

570 Selbständig tätige Lehrer, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, unterliegen der Rentenversicherungspflicht. Die Versicherungspflicht für selbständige Lehrer besteht bereits seit 1922. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (ab dem 1. Oktober 2005 als Deutsche Rentenversicherung Bund bezeichnet) hatte in den Jahren 1999 und 2000 bei zahlreichen selbständigen Dozenten die Rentenversicherungspflicht festgestellt und zum Teil erhebliche Beitragsnachforderungen erhoben. Grund hierfür war, dass im Zusammenhang mit den Neuregelungen zur Bekämpfung der Scheinselbständigkeit und zur Einführung der Rentenversicherungspflicht für die arbeitnehmerähnlichen Selbständigen die Ausübung einer selbständigen Lehrtätigkeit und die daraus resultierende Rentenversicherungspflicht erst bekannt geworden sind. Für so betroffene versicherungspflichtige selbständige Lehrer, insbesondere VHS-Kursleiter/Kursleiterinnen, sowie Pflegepersonen, Hebammen und Entbindungspfleger, die gutgläubig davon ausgegangen waren, nicht der Rentenversicherungspflicht zu unterliegen, und deshalb privat für das Alter vorgesorgt hatten, wurde eine – bis zum 30. September 2001 befristete – Befreiungsregelung geschaffen. Hiernach wurde diesen Selbständigen ein befristetes Befreiungsrecht von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht eingeräumt, soweit sie glaubhaft darlegen konnten, dass sie bis zur Einführung der Rentenversicherungspflicht für so genannte arbeitnehmerähnliche Selbständige ihre Rentenversicherungspflicht nicht kannten und im fortgeschrittenen Alter sind oder anderweitig rentenversicherungsäquivalent für ihr Alter vorgesorgt haben.

571 Für selbständig Tätige gelten im Leistungs- und Beitragsrecht einige Besonderheiten: So liegen Anrechnungszeiten wegen Krankheit, Schwangerschaft oder Arbeitslosigkeit nur vor, wenn dadurch eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit unterbrochen ist; eine selbständige Tätigkeit ist nur dann unterbrochen, wenn sie ohne die Mitarbeit des Versicherten nicht weiter ausgeübt werden kann. Eine solche Unterbrechung liegt daher z. B. nicht vor, wenn der Betrieb durch andere Arbeitnehmer aufrechterhalten wird.

## Beitragsbemessungsgrundlage bei selbständig Tätigen

572 Versicherungspflichtige Selbständige haben seit 1992 einen Regelbeitrag auf der Basis der monatlichen Bezugsgröße zu zahlen (im Jahr 2006 z. B. 19,5% aus 2.450 Euro in den alten Bundesländern und 19,5% aus 2.065 Euro in den neuen Bundesländern). Bei Nachweis eines niedrigeren oder höheren Arbeitseinkommens können die Beiträge auch auf der Grundlage des tatsächlichen Arbeitseinkommens gezahlt werden. Grundsätzlich ist der Nachweis eines niedrigeren oder höheren Arbeitseinkommens als die Bezugsgröße durch die Vorlage des letzten Einkommensteuerbescheides nachzuweisen. Da Einkommensteuerbescheide im Regelfall aber nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung vorgelegt werden können und damit nicht geeignet sind, einen Nachweis über die Höhe des aktuellen Arbeitseinkommens zu erbringen, wird das sich aus dem vorgelegten Einkommensteuerbescheid ergebende Arbeitseinkommen um den Vomhundertsatz erhöht, um den das Durchschnittsentgelt aller Versicherten in dem Jahr, in dem die Beiträge gezahlt werden, das Durchschnittsentgelt aller Versicherten des Jahres übersteigt, für das das Arbeitseinkommen durch Steuerbescheid nachgewiesen ist. Monatliche Mindestbemessungsgrundlage ist ein Arbeitseinkommen von 400 Euro. Diese Mindestbemessungsgrundlage gilt für die alten und neuen Bundesländer.

## Selbständig tätige Handwerker

573 Für versicherungspflichtige Handwerker gelten einige zusätzliche Besonderheiten: Dieser Personenkreis ist bereits 1938 in die Rentenversicherung der Angestellten und von 1962 bis 1991 durch das Handwerkerversicherungsgesetz in die Rentenversicherung der Arbeiter einbezogen worden. Das Handwerkerversicherungsgesetz hatte die Dauer der Versicherungspflicht für alle Handwerker auf 18 Jahre begrenzt, gleichzeitig aber auch die Möglichkeit der Befreiung aufgrund eines Lebensversicherungsvertrages beseitigt. Nach dem Rentenreformgesetz 1992 endet die Versicherungspflicht für Handwerker nach einer 18jährigen Pflichtversicherungszeit nicht mehr automatisch, sondern nur noch auf Antrag. So weit die Versicherungspflicht für Handwerker bereits vor 1992 geendet hatte, ist es hierbei geblieben. Nach der Konzeption des Gesetzes stellt sich somit die Pflichtversicherung der Handwerker als bloße Grundsicherung dar, die ggf. durch zusätzliche private Vorsorgemaßnahmen des Handwerkers zu ergänzen ist.

## Bezirksschornsteinfegermeister

574 Bezirksschornsteinfegermeister sind demgegenüber ohne zeitliche Beschränkung versicherungspflichtig. Sie haben auch nicht die Möglichkeit, der Beitragsberechnung einen Betrag unterhalb der Bezugsgröße zugrunde zu legen. Dies ist darin begründet, dass Bezirksschornsteinfegermeister in der Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister, einer bundesunmittelbaren Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, zusätzlich versichert sind. Dabei handelt es sich um eine Gesamtversorgung, wie sie auch für die Angestellten im öffentlichen Dienst bis zum 31. Dezember 2000 üblich gewesen ist, d. h. die Rente aus der Rentenversicherung wird auf die sich ergebende Gesamtversorgung angerechnet. Die Geschäftsführung der Versorgungsanstalt obliegt der Bayerischen Versorgungskammer; die Aufsicht führt das Bundesministerium der Finanzen.

575 Eine besondere Gruppe unter den versicherungspflichtigen Selbständigen sind die Hausgewerbetreibenden. Sie sind zwar hinsichtlich Art, Ort, Umfang und Reihenfolge ihrer Arbeit keinen Weisungen unterworfen und deshalb formal selbständig. Andererseits sind sie jedoch in starkem Maße wirtschaftlich von ihren Auftraggebern abhängig, da sie im Auftrag und für Rechnung eines anderen arbeiten, der das unternehmerische Risiko trägt und dem der Unternehmergewinn zufließt. Deshalb werden sie rentenrechtlich wie Arbeitnehmer behandelt, d. h. die Beiträge sind vom Versicherten und vom Arbeitgeber (Auftraggeber) je zur Hälfte zu tragen. Außerdem ist bei ihnen als beitragspflichtige Einnahme immer vom Arbeitseinkommen auszugehen.

## Empfänger von Lohnersatz- und Sozialleistungen

576 Personen, die von einem Leistungsträger als Lohnersatzleistung Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, oder Arbeitslosengeld I beziehen, sind seit 1992 versicherungspflichtig, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Für diese Versicherten sind bis Ende 1994 Pflichtbeiträge auf der Basis der Lohnersatzleistung gezahlt worden. Seit 1995 werden die Beiträge auf der Grundlage von 80% des der Lohnersatzleistung zugrunde liegenden Bruttoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens berechnet.

577 Die Beiträge sind bei Beziehern von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld



und Arbeitslosengeld I von den Leistungsträgern zu tragen. Bezieher von Krankengeld oder Verletzengeld tragen demgegenüber grundsätzlich den hierauf entfallenden Beitragsanteil zur Hälfte; die andere Hälfte sowie der Anteil am Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Leistung selbst und der seit 1995 geltenden Bemessungsgrundlage von 80% des zugrunde liegenden Arbeitsentgelts entfällt, wird von der Krankenversicherung bzw. der Unfallversicherung getragen.

578 Personen, die Lohnersatzleistungen beziehen, jedoch im letzten Jahr vor dem Beginn dieser Leistungen nicht rentenversicherungspflichtig waren, und deshalb die Lohnersatzleistungen beziehen, ohne versicherungspflichtig zu sein, können die Versicherungspflicht auf Antrag herbeiführen. Dasselbe gilt für Personen, die nur deshalb Anspruch auf Krankengeld nicht haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation zuletzt versicherungspflichtig waren. Für diese Personen ist die Dauer der Versicherungspflicht allerdings für die Zeit von 18 Monaten begrenzt. Unter diese Regelung fallen insbesondere Selbständige und von der Versicherungspflicht befreite Angestellte. Diese Personen hatten bereits seit 1984 die Möglichkeit, durch freiwillige Beitragszahlung in Höhe von 70% des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens auf Antrag Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Rehabilitation als Anrechnungszeiten werten zu lassen. Seit dem 1. Januar 1996 sind jedoch Personen, die in jeder Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind (z. B. befreite Angestellte und befreite selbständige Tätige in den neuen Bundesländern) von dieser Möglichkeit der Antragspflichtversicherung ausgeschlossen.

579 Bezieher von Arbeitslosengeld II sind ebenfalls in der Rentenversicherung pflichtversichert. Für sie ist unabhängig von der Höhe des Arbeitslosengelds II bis zum 31. Dezember 2006 ein Beitrag in Höhe des freiwilligen Mindestbeitrags zu zahlen. Dieser Beitrag ist in voller Höhe von der Bundesagentur für Arbeit zu tragen. In den Fällen, in denen die Arbeitsvermittlung eigenständig durch die Kommune erfolgt (so genannte Optionskommune) trägt die Kommune

auch den Beitrag zur Rentenversicherung in voller Höhe. Mit Wirkung zum 1. Januar 2007 wird die Bemessungsgrundlage für den Beitrag der Bezieher von Arbeitslosengeld II auf 205 Euro reduziert, so dass nur noch ein Beitrag in ungefähr halber Höhe des freiwilligen Mindestbeitrags gezahlt wird.

580 Für Personen, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem anderweitigen Alterssicherungssystem (z. B. der berufsständischen Versorgung) nur in Bezug auf eine bestimmte Beschäftigung (z. B. als Arzt oder Rechtsanwalt) versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, besteht die Möglichkeit der Antragspflichtversicherung seit dem 1. Januar 1996 nur noch, soweit sie für die betreffenden Zeiten, also z. B. Zeiten des Bezugs von Krankengeld oder Arbeitslosengeld I, in dem anderweitigen Alterssicherungssystem nicht abgesichert sind oder sich dort auch nicht absichern können.

581 Seit 1995 haben – wie bei den anderen Lohnersatzleistungsempfängern – auch bei der auf Antrag herbeigeführten Versicherungspflicht von Lohnersatzleistungsbeziehern eine Beitragszahlung in Höhe von 80% der Bemessungsgrundlage für die Lohnersatzleistung erforderlich. Wer von der Möglichkeit der Versicherungspflicht auf Antrag Gebrauch macht, erhält ab 1992 diese Zeiten nicht nur als Pflichtbeitragszeiten bzw. bis einschließlich 1997 als beitragsgeminderte Zeiten angerechnet, sondern er schafft sich durch die Antragspflichtversicherung auch die Voraussetzungen für die Anrechnung einer ggf. anschließenden Anrechnungszeit wegen Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation.

### **Anrechnung und Bewertung von Zeiten des Bezugs von Lohnersatzleistungen**

582 Der Gesetzgeber hat die Anrechnung und Bewertung von Zeiten des Bezugs von Lohnersatzleistungen wiederholt umgestellt, so dass sich im Zeitablauf folgendes komplizierte Bild ergibt:

583 Zeiten der Arbeitslosigkeit vor dem 1. Juli 1978 gelten mangels Beitragszahlung generell als Anrechnungszeiten. Für Zeiten von Juli 1978 bis einschließlich 1982 sind von der Bundesanstalt für Arbeit bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld Pflichtbeiträge auf der Basis des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts gezahlt worden. Diese Zeiten gelten daher als Pflichtbeitragszeiten. Von 1983 bis einschließlich 1994 zahlte die Bundesanstalt für Arbeit Beträge bzw. Beiträge



auf der Basis der Lohnersatzleistung. Seit 1995 zahlt sie Beiträge auf der Grundlage von 80% des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts. Diese Zeiten gelten aber dennoch von 1983 bis einschließlich 1991 als reine Anrechnungszeiten, weil die für diesen Zeitraum von der Bundesanstalt gezahlten Beträge in den einzelnen Versichertenkonten nicht gespeichert sind. Anschließend von 1992 bis einschließlich 1997 erfolgte eine Beitragszahlung, so dass diese Zeiten als beitragsgeminderte Zeiten bewertet werden. Seit 1998 gelten sie als reine Pflichtbeitragszeiten.

584 Bei Bezug von Arbeitslosenhilfe hat es in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis zum 31. Dezember 2004 zwei Änderungen bei der Bemessungsgrundlage für den Rentenversicherungsbeitrag gegeben. In den Fällen, in denen Arbeitslosenhilfe unter Anrechnung eigenen Einkommens bezogen worden ist, erfolgte in den Jahren 1997 bis 1999 die Beitragszahlung auf der Basis von 80% des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts, vervielfältigt mit dem Verhältnis aus dem wegen Anrechnung eigenen Einkommens verminderten Anspruch auf Arbeitslosenhilfe zum ungeminderten Anspruch auf Arbeitslosenhilfe. Vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2004 hat die Bundesanstalt (Bundesagentur) für Arbeit bei vollem oder wegen Anrechnung eigenen Einkommens verminderten Anspruch auf Arbeitslosenhilfe Beiträge auf der Basis des Zahlbetrags der Arbeitslosenhilfe gezahlt. Nach dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sind seit dem 1. Januar 2005 Arbeitslosenhilfe und die Leistungen zum Regelunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz zu der neuen Leistung Arbeitslosengeld II zusammengefasst. Im Unterschied zur Arbeitslosenhilfe wird für die Bemessung dieser Leistung nicht mehr auf ein Bemessungsentgelt, sondern – wie bei den bisherigen Leistungen zum Regelunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz – auf die individuelle Bedürftigkeit des Leistungsberechtigten abgestellt. Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Arbeitslosengeld II beziehen, werden in der gesetzlichen Rentenversicherung noch bis zum 31. Dezember 2006 mit dem freiwilligen Mindestbeitrag pflichtversichert. Monatliche Beitragsbemessungsgrundlage ist damit bis dahin einheitlich der Betrag von 400 Euro. Mit Wirkung zum 1. Januar 2007 wird die Bemessungsgrundlage für den Beitrag der Bezieher von Arbeitslosengeld II auf 205 Euro reduziert, so dass ab diesem Zeitpunkt nur noch ein Beitrag in ungefähr halber Höhe des freiwilligen Mindestbeitrags gezahlt

wird. Bezieher von Arbeitslosengeld II, die schon deswegen rentenversicherungspflichtig sind, weil sie eine mehr als geringfügige Beschäftigung ausüben oder eine Lohnersatzleistung, wie z. B. Arbeitslosengeld I oder Krankengeld, erhalten, sind ab dem 1. Januar 2007 nicht mehr wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig. Als Folge hieraus werden für sie daher ab dieser Zeit keine Beiträge mehr von der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Kommune gezahlt.

585 Für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation hat das Rehabilitationsangleichungsgesetz eine Versicherungspflicht ab dem 13. Monat des Leistungsbezugs eingeführt; die Beiträge waren vom Leistungsträger zu tragen. Dementsprechend sind diese Zeiten vor Oktober 1974 generell Anrechnungszeiten und ab Oktober 1974 bis einschließlich 1983 insofern Pflichtbeitragszeiten, als ab dem 13. Monat des Leistungsbezugs Beiträge gezahlt wurden. 1984 wurde durch das Haushaltsbegleitgesetz die generelle Beitragspflicht auf der Basis der Lohnersatzleistung eingeführt. Seit 1985 gilt auch für diese Zeiten eine Beitragspflicht auf der Basis von 80% des der Lohnersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts. Dementsprechend sind diese Zeiten ab 1984 bis einschließlich 1997 beitragsgeminderte Zeiten, soweit der einzelne Versicherte bei Krankengeld- bzw. Verletztengeldbezug selbst zur Beitragszahlung beigetragen hat. Hat z. B. bei Bezug von Übergangsgeld allein der Leistungsträger die Beiträge getragen, sind diese Zeiten erst ab 1992 beitragsgeminderte Zeiten. Seit 1998 gelten Zeiten des Bezugs von Übergangsgeld als reine Pflichtbeitragszeiten.

### Behinderte Menschen

586 Als versicherungspflichtig Beschäftigte gelten auch behinderte Menschen, die

- in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind, oder
- in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines vollqualifizierenden Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht.

Bei diesem Personenkreis handelt es sich vor allem um behinderte Menschen mit Geburts- und Früh-

schäden, die durch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter mit Wirkung vom 1. Juli 1975 erstmals in die Sozialversicherung einbezogen worden sind, um auch ihnen insbesondere den Aufbau einer eigenen Alters- und Invaliditätssicherung zu eröffnen.

587 Für die Beitragszahlung ist ein fiktives Mindestgehalt von 80% der Bezugsgröße zugrunde zu legen, was in etwa 75% des aktuellen Durchschnittsentgelts entspricht. Dies gilt auch bei einem tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelt unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze. Die Beiträge sind vom Träger der Einrichtung in voller Höhe zu tragen, wenn ein Arbeitsentgelt nicht gezahlt wird oder das Arbeitsentgelt 20% der Bezugsgröße nicht übersteigt. Dies gilt sowohl für den aus dem tatsächlichen Arbeitsentgelt gezahlten Beitrag als auch für den Beitrag aus dem Unterschiedsbetrag zwischen tatsächlichem Arbeitsentgelt und der Mindestbemessungsgrundlage von 80% der Bezugsgröße. Übersteigt das Arbeitsentgelt 20% der Bezugsgröße, so ist der Beitrag aus dem Arbeitsentgelt vom Träger der Einrichtung und vom behinderten Versicherten je zur Hälfte zu tragen. Soweit vor 1992 für behinderte Menschen in geschützten Einrichtungen niedrigere Beiträge gezahlt worden sind, ist auf Antrag für jedes Kalenderjahr ein Wert von mindestens 0,75 Entgeltpunkten zugrunde zu legen. Die Beiträge, die auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem tatsächlichen Arbeitsentgelt und 80% der Bezugsgröße entfallen, werden bei behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten vom Bund erstattet.

588 Für behinderte Menschen, die im Anschluss an eine Beschäftigung in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen in einem Integrationsprojekt beschäftigt sind, ist Bemessungsgrundlage für die Beitragszahlung nicht nur das Arbeitsentgelt, sondern auch der Unterschiedsbetrag zwischen 80% der Bezugsgröße und dem Arbeitsentgelt, falls das Arbeitsentgelt diesen Betrag unterschreitet. Der Beitrag für das Arbeitsentgelt ist vom Träger des Integrationsprojekts und dem Versicherten je zur Hälfte und für einen Unterschiedsbetrag zwischen 80% der Bezugsgröße und dem Arbeitsentgelt vom Träger des Integrationsprojekts in voller Höhe zu tragen.

589 Entgegen dem versicherungsrechtlichen Grundsatz, dass ein bereits eingetretener Versicherungsfall nicht mehr nachträglich noch versichert werden kann,

ist durch das Gesetz über die Sozialversicherung behinderten Menschen außerdem die Möglichkeit eröffnet worden, nach 20jähriger Beitragszahlung auch während der vollen Erwerbsminderung einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung zu erwerben. Hierzu genügt auch eine 20jährige freiwillige Beitragszahlung. Dies gilt aber nur für diejenigen behinderten Menschen, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit aufgrund ihrer Behinderung voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind.

### **Jugendliche, die für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen**

590 Durch das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter sind ebenfalls Jugendliche, die in Einrichtungen der Jugendhilfe oder in Berufsbildungswerken oder ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, in die Sozialversicherungspflicht einbezogen worden. Dies gilt auch dann, wenn tatsächlich kein Arbeitsentgelt gezahlt wird. Beitragsbemessungsgrundlage ist in diesem Fall der festgesetzte Wert für freie Kost und Wohnung. Die Beiträge sind allein vom Träger der Einrichtung zu tragen; er kann hierfür vom Träger der berufsfördernden Leistung Erstattung verlangen.

### **Ordensleute**

591 Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften sind während ihres Dienstes für die Gemeinschaft und während der Zeit ihrer außerschulischen Ausbildung unabhängig von der Höhe ihres Arbeitsentgelts versicherungspflichtig, so weit ihnen nicht als satzungsmäßige Mitglieder nach den Regeln der Gemeinschaft eine Anwartschaft auf die in der Gemeinschaft übliche Versorgung zusteht. Bei ihnen ermitteln sich die beitragspflichtigen Einnahmen aus den Geld- und Sachbezügen, die sie persönlich erhalten. Jedoch gilt für Mitglieder, denen nach Beendigung ihrer Ausbildung eine Anwartschaft auf die in der Gemeinschaft übliche Versorgung nicht zusteht, eine Mindestbemessungsgrundlage von 40% der Bezugsgröße. Bis zu diesem Arbeitsentgelt tragen die Genossenschaften oder Gemeinschaften den Beitrag allein, bei einem höheren Arbeitsentgelt jedoch Versicherter und Arbeitgeber jeweils zur Hälfte. Geistliche und Ordensleute, die aus osteuropäischen Ländern als Vertriebene zugewandert sind und hier eine

andere Tätigkeit ausüben, haben unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Beitragsnachzahlung.

### **Pflegepersonen**

592 Weil neben einer häuslichen Pfllegetätigkeit häufig eine Erwerbstätigkeit nicht oder nur noch eingeschränkt möglich ist, konnten sich bis Ende 1991 hieraus auch rentenrechtliche Nachteile ergeben. Um dem entgegenzuwirken, wurde nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen ab 1992 zunächst die Möglichkeit eröffnet, auf Antrag freiwillige Beiträge für die Zeit einer von ihnen ausgeübten häuslichen Pflege als Pflichtbeiträge gelten zu lassen. Dadurch können seit dieser Zeit auch Pflegepersonen die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie für Altersrenten an Frauen oder an Arbeitslose erfüllen. Pflegepersonen, die wegen der Pflege ihre Erwerbstätigkeit einschränken müssen, konnten ab 1992 zusätzliche Pflichtbeiträge so zahlen, dass das gleiche Entgelt wie vorher versichert wurde. Voraussetzung für einen entsprechenden Antrag war, dass der Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend so hilflos ist, dass er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf. Außerdem mussten für die Pflege mindestens 10 Stunden wöchentlich aufgewendet werden. Dies war durch amtliche Bescheinigungen u. a. des Medizinischen Dienstes nachzuweisen.

593 Auch ohne Beitragszahlung werden Zeiten einer nicht erwerbsmäßigen Pfllegetätigkeit in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 als Berücksichtigungszeiten anerkannt, mit der Folge, dass auch diese Zeiten

- den Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auch dann erhalten, wenn während der Pfllegetätigkeit eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist,
- sich positiv auf die Bewertung beitragsfreier und beitragsgeminderter Zeiten auswirken und
- auf die 35-jährige Wartezeit für vorzeitige Altersrenten sowie für die Rente nach Mindesteinkommen angerechnet werden.

594 Mit dem Einsetzen der Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung am 1. April 1995 ist auch eine

Neuregelung über die rentenrechtliche Absicherung der Pflegepersonen in Kraft getreten. Danach sind seit dem 1. April 1995 Pflegepersonen kraft Gesetzes in der Rentenversicherung pflichtversichert, wenn sie

- einen Pflegebedürftigen pflegen, der Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
- die Pfllegetätigkeit nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen ausüben,
- nicht Bezieher von Vollrenten wegen Alters oder Bezieher von Beamtenpensionen nach Erreichen einer Altersgrenze sind und
- regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind.

Zeiten der Pflege sind damit seit dem 1. April 1995 originäre Pflichtbeitragszeiten mit allen sich hieraus ergebenden Vorteilen für die Pflegeperson, z. B. den Erhalt, aber auch den Erwerb eines Anspruchs auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Sie haben sowohl rentenbegründende als auch rentensteigernde Wirkung.

595 Als Folge der seit dem 1. April 1995 geltenden Versicherungspflicht für Pflegepersonen haben die Pflegekassen bzw. die privaten Pflegeversicherungen für die Pflegeperson Beiträge zur Rentenversicherung zu entrichten. In Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit und vom Umfang der Pfllegetätigkeit sind als Beitragsbemessungsgrundlage unterschiedlich hohe Vomhundertsätze (von 26,6667 v. H. für die unterste Pflegestufe bis 80 v. H. für die höchste Pflegestufe) der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2006 2.450 Euro in den alten Bundesländern und 2.065 Euro in den neuen Bundesländern) gesetzlich festgelegt worden. Bei Pflege eines Schwerstpflegebedürftigen im gesamten Jahr 2006 entspricht der Beitrag zur Rentenversicherung im Jahr 2006 demjenigen eines Arbeitnehmers mit einem Jahresgehalt von 23.520 Euro in den alten Bundesländern und 19.824 Euro in den neuen Bundesländern. Aus der Versicherung dieser Entgelte ergibt sich ein monatlicher Rentenanspruch von z. Z. 20,97 Euro für die alten Bundesländer und 18,51 Euro für die neuen Bundesländer (jeweils bezogen auf den seit 1. Juli 2003 geltenden aktuellen Rentenwert bzw. aktuellen Rentenwert – Ost –).

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	wöchentlicher Pflegeaufwand in Stunden	Vomhundert- satz der mtl. Bezugsgröße	Monatliche Beitrags- höhe 2006 in EUR	
			West	Ost
III	28 und mehr	80	382,20	322,14
	21–27	60	286,65	241,61
	14–20	40	191,10	161,07
II	2 und mehr	53,3333	254,80	214,76
	14–20	35,5555	169,87	143,17
I	14 und mehr	26,6667	127,40	107,38

596 Wenn sich mehrere Pflegepersonen die Pflege-tätigkeit teilen, ist der Beitrag entsprechend dem Umfang der einzelnen Pflegetätigkeit auf die Pflege-person zu verteilen. Bei der Teilung muss aber darauf geachtet werden, dass die 14-Stunden-Grenze nicht unterschritten wird, da ansonsten Versicherungs-pflicht nicht eintritt.

597 Die mit dem Rentenreformgesetz 1992 einge-führte rentenrechtliche Pflegezeitenregelung (Pfle-geberücksichtigungszeiten, Umwandlung von Zeiten der freiwilligen Beitragszahlung in Pflichtbeitrags-zeiten und Aufstockung von Pflichtbeitragszeiten) ist zum 31. März 1995 aufgehoben worden. Sie hat damit nur Bedeutung für die rentenrechtliche Bewer-tung von Zeiten einer Pflegetätigkeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995. Für Zeiten einer Pfl-egetätigkeit ab dem 1. April 1995 gelten ausnahmslos die mit dem Pflegeversicherungsgesetz eingeführten Regelungen.

## Wehr- und Zivildienstleistende

598 Für Wehr- oder Zivildienstleistende, die auf-grund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehr-dienst oder Zivildienst leisten, trägt der Bund die Beiträge zur Rentenversicherung. Als beitragspflich-tige Einnahme galt vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1999 ein Wert von 80% der Bezugsgröße. Seit dem 1. Januar 2000 werden für Wehr- oder Ziv-ildienstleistende Beiträge aus einer Bemessungsgrund-lage von 60% der Bezugsgröße gezahlt (im Jahr 2006 1.470 Euro monatlich in den alten Bundesländern und 1.239 Euro monatlich in den neuen Bundeslän-dern). Für Zeiten vor 1992 hatte der Bund Beiträge in unterschiedlicher Höhe entrichtet, weshalb bei der Rentenberechnung für Zeiten vor Mai 1961 auf An-trag 0,75 Entgeltpunkte, für Zeiten von Mai 1961 bis Ende 1981 1,0 Entgeltpunkte und für die Jahre 1982 bis 1991 0,75 Entgeltpunkte zugrunde zu legen sind.

599 Bei Wehrübungen gilt Folgendes: Erhalten Wehrübende für ihre Dienstzeit Arbeitsentgelt, was z. B. für Wehrübende aus dem öffentlichen Dienst

der Fall ist, oder Leistungen für Selbständige nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, gilt ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bzw. ihre bisherige selb-ständige Tätigkeit als nicht unterbrochen. Versiche-rungspflicht aufgrund der Wehrübung tritt also nicht ein; vielmehr bleiben sie z. B. als Arbeitnehmer oder als selbständige Handwerker versicherungspflichtig. Ab 1991 erhalten auch Wehrübende aus der privaten Wirtschaft eine volle Verdienstauffallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz. Bei ihnen gilt als beitragspflichtige Einnahme während der Wehrübung das Arbeitsentgelt, das der Berechnung dieser Leistung zugrunde liegt. Dadurch ist im Er-gebnis gewährleistet, dass die Wehrübenden in der Rentenversicherung nicht schlechter gestellt sind als während ihrer vorherigen Beschäftigung.

## Entwicklungshelfer und andere im Ausland beschäftigte Deutsche

600 Grundsätzlich gelten die Vorschriften des Ren-tenrechts nur für Personen, die im Inland beschäftigt oder selbständig tätig sind. Aufgrund der so genann-ten Ausstrahlung bleiben aber auch Personen, die im Rahmen eines inländischen Beschäftigungsver-hältnisses für begrenzte Zeit ins Ausland entsandt werden, versicherungspflichtig bzw. zur freiwilligen Versicherung berechtigt. Darüber hinaus können aber auch Entwicklungshelfer und im Ausland beschäftig-te Deutsche, die z. B. bei einem ausländischen Tochterunternehmen für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, der Versicherungspflicht in der deut-schen Rentenversicherung unterstellt werden, wenn dies von einer Stelle mit Sitz im Inland beantragt wird. Als beitragspflichtige Einnahme gilt in diesem Fall das Arbeitsentgelt, mindestens aber ein Wert in Höhe von zwei Dritteln der Beitragsbemessungs-grenze. Die Beiträge sind von der Stelle zu tragen, die die Versicherungspflicht beantragt hat; dies muss nicht unbedingt auch der Arbeitgeber sein.

## Seeleute

601 Eine Reihe von Sonderregelungen gilt auch für Seeleute. Für diese wird die Versicherung von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (bis zum 30. September als Seekasse bezeichnet) durchgeführt. Der Versicherungspflicht unterliegt grundsätzlich nur die Besatzung eines Schiffes, das berechtigt ist, die deutsche Bundesflagge zu führen. Die deutsche Besatzung eines ausgeflaggten See-schiffes kann aber auf Antrag des Reeders ebenfalls der Sozialversicherungspflicht bei der Seekasse

unterstellt werden. Für deutsche Seeleute, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, und auf einem Seeschiff beschäftigt sind, das im überwiegenden wirtschaftlichen Eigentum eines deutschen Reeders mit Sitz im Inland steht, ist mit dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz diesen Reeder die gesetzliche Verpflichtung auferlegt worden, den Antrag auf Einbeziehung dieser Seeleute in die Versicherungspflicht zu stellen. Deutsche Seeleute, die danach rentenversicherungspflichtig werden bzw. geworden sind, können sich jedoch von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie in den letzten zwei Jahren vor Aufnahme der Beschäftigung auf dem Seeschiff weder rentenversicherungspflichtig noch freiwillig in der Rentenversicherung versichert waren und vor dem 1. Januar 2002 bereits eine anderweitige rentenversicherungsäquivalente Vorsorge für den Fall der Invalidität, des Erlebens des 60. oder eines höheren Lebensjahres sowie im Todesfall für Hinterbliebene getroffen haben. Der Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht deutscher Seeleute war bis zum 30. Juni 2002 zu stellen. Nicht deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland können dagegen, ohne bestimmte Voraussetzungen erfüllen zu müssen, auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht befreit werden. Dieses Befreiungsrecht ist zeitlich nicht befristet. Als beitragspflichtige Einnahme ist bei Seeleuten von amtlich festgesetzten Durchschnittsentgelten auszugehen. Entsprechendes gilt für selbstständig tätige Seelotsen, Küstenschiffer und Küstenfischer, soweit sie der Versicherungspflicht unterliegen.

### **Ehrenamtlich Tätige**

602 Arbeitnehmer, die ehrenamtlich tätig sind und deren Arbeitsentgelt infolge der ehrenamtlichen Tätigkeit gemindert wird, können auf Antrag Rentneminderungen dadurch vermeiden, dass sie auch für den Unterschiedsbetrag Beiträge entrichten. Entsprechendes gilt für Versicherte, die eine versicherungspflichtige ehrenamtliche Tätigkeit aufnehmen und für das vergangene Kalenderjahr freiwillige Beiträge gezahlt haben. Die Beiträge sind vom ehrenamtlich Tätigen selbst zu tragen; sie werden vom Arbeitgeber einbehalten und zusammen mit den anderen Pflichtbeiträgen an die Rentenversicherung abgeführt.

### **Verfolgte des Nationalsozialismus**

603 Die Wiedergutmachung verfolgungsbedingter Schäden in der Sozialversicherung ist seit 1949 wie-

derholt Gegenstand gesetzgeberischer Maßnahmen gewesen; die maßgebenden Regelungen finden sich jetzt im „Gesetz zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung“. Insbesondere folgende Maßnahmen dienen diesem Ziel:

- Zeiten einer verfolgungsbedingten Freiheitsentziehung oder Freiheitsbeschränkung (z. B. wenn der Verfolgte den Judenstern tragen oder in der Illegalität leben musste) sowie Zeiten einer anschließenden Arbeitslosigkeit bis Ende 1946 oder eines Auslandsaufenthalts bis 1949 (Verfolgungszeiten) gelten bei der Rentenberechnung als Ersatzzeiten.
- Ist eine pflichtversicherte Beschäftigung oder Tätigkeit aus Verfolgungsgründen unterbrochen worden, werden – wenn dies günstiger ist – den Verfolgungszeiten die Tabellenwerte nach dem Fremdrentengesetz zugrunde gelegt. Entsprechendes gilt, wenn während einer rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit aus Verfolgungsgründen keine oder niedrigere Beiträge gezahlt wurden.
- Aus Verfolgungsgründen abgebrochene Ausbildungszeiten gelten als abgeschlossen; sie werden, wenn eine Ausbildung später abgeschlossen wurde, ggf. bis zum Doppelten der allgemein geltenden Höchstdauer anerkannt.
- Aufgrund früherer Vorschriften nachgezahlte Beiträge haben dieselbe Wirkung wie rechtzeitig gezahlte Pflichtbeiträge.
- Verfolgte im Ausland, die in der Zeit zwischen dem 30. Januar 1933 und Ende 1949 das Gebiet des Deutschen Reiches oder der Freien Stadt Danzig verlassen haben, sind Verfolgten im Inland grundsätzlich gleich gestellt, d. h. die Wertbegrenzungen nach dem Auslandsrentenrecht gelten für sie nicht. Außerdem haben sie auch bei Auslandsgeburt Anspruch auf Kindererziehungsleistung.

604 Das Bundessozialgericht hatte in zwei Urteilen entschieden, dass eine in einem Betrieb im Ghetto Lodz aufgenommene Tätigkeit die Voraussetzungen einer Beschäftigung erfüllen kann und damit als Beitragszeit in der deutschen Rentenversicherung (entweder als Beitragszeit nach dem Fremdrentenrecht oder als Beitragszeit nach deutschem Rentenversicherungsrecht) anzuerkennen ist. Da es sich



bei diesen Beitragszeiten nicht um Bundesgebiets-Beitragszeiten handelt und die von dieser Rechtsprechung begünstigten ehemaligen Ghettobewohner sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, konnte diesen in den Fällen, in denen Bundesgebiets-Beitragszeiten nicht vorliegen, aufgrund der anzuwendenden auslandsrentenrechtlichen Regelungen (Rdnr. 400 und 401) bislang eine Rente aus diesen Zeiten nicht gezahlt werden.

605 Mit dem Gesetz zur Zahlbarmachung von Renten aus Beschäftigungen in einem Ghetto und zur Änderung des SGB VI ist für Verfolgte mit Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung in einem Ghetto bestimmt worden, dass diese Zeiten für die Erbringung von Leistungen ins Ausland als Beitragszeiten für eine Beschäftigung im heutigen Bundesgebiet anzusehen sind, so dass die sich bei Anwendung der maßgebenden Rentenberechnungsvorschriften ergebende Rente ohne weitere Voraussetzung auch ins Ausland gezahlt werden kann. Das Gesetz setzt die Antragstellung auf die Rente fiktiv auf den Tag der Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Anerkennung der Beschäftigungszeiten im Ghetto Lodz als Beitragszeiten – den 18. Juni 1997 – fest. Für jeden Monat der Zeit zwischen dem vollendeten 65. Lebensjahr eines Berechtigten und dem gesetzlich bestimmten Antragsmonat erhöht sich damit der Zugangsfaktor um den Wert 0,003.

### Verfolgte des DDR-Regimes

606 Nach dem Zweiten SED-Unrechtsbereinigungsgesetz erhalten Personen, die aufgrund von Maßnahmen politischer Verfolgung durch das DDR-Regime einen beruflichen Abstieg oder gar die Aufgabe ihres Berufes hinzunehmen hatten, einen Ausgleich der hierdurch bedingten Nachteile in der Rentenversicherung. Insbesondere sind in Ergänzung der allgemeinen Regelungen folgende rentenrechtlichen Ausgleichsregelungen vorgesehen:

- Verfolgungszeiten, in denen eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit verfolgungsbedingt nicht ausgeübt werden konnte, gelten stets als Pflichtbeitragszeiten für eine Beschäftigung oder Tätigkeit im Beitrittsgebiet.
- Die Bewertung der als Pflichtbeitragszeiten geltenden Verfolgungszeiten erfolgt auf der Grundlage der sich aus dem Fremdrentengesetz ergebenden Tabellenwerte, so weit es sich um Verfolgungszeiten vor dem 1. Januar 1950

handelt, und auf der Grundlage der um 20 v. H. erhöhten Tabellenwerte des SGB VI für glaubhaft gemachte Beitragszeiten (Anlagen 13 und 14), soweit es sich um Verfolgungszeiten nach dem 31. Dezember 1949 handelt.

- Ergibt sich unter Zugrundelegung des monatlichen Durchschnitts der Entgeltpunkte für Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung oder versicherten selbständigen Tätigkeit im letzten Kalenderjahr oder – wenn dies günstiger ist – in den letzten drei Kalenderjahren vor Beginn der politischen Verfolgung ein höherer Rentenanspruch als bei Zugrundelegung der um 20 v. H. erhöhten Tabellenwerte des SGB VI für glaubhaft gemachte Beitragszeiten (Anlagen 13 und 14), ist der monatliche Durchschnitt dieser Entgeltpunkte für die Rentenberechnung maßgebend.
- Darüber hinaus gelten Zeiten der Verfolgung als beitragsgeminderte Zeiten; d. h. sie werden bei der Rentenberechnung nicht nur als Beitragszeit, sondern auch als beitragsfreie Zeit behandelt. Ergibt sich daher für die Verfolgungszeit aus der für beitragsfreie Zeiten maßgebenden Gesamtleistungsbewertung eine größere Anzahl von Entgeltpunkten als auf der Grundlage der den Tabellen zu entnehmenden Entgelten oder den Entgelten unmittelbar vor Beginn der Verfolgung, wird die Verfolgungszeit als beitragsfreie Zeit berücksichtigt.
- Für Verfolgungszeiten, in denen ohne die Verfolgung die Fachschul- oder Hochschulausbildung bis zum regelmäßigen Abschluss fortgesetzt worden wäre, werden für jeden Kalendermonat die sich aus der Gesamtleistungsbewertung für Anrechnungszeiten wegen des Besuchs einer Fachschule oder Hochschule ergebenden Entgeltpunkte zugrunde gelegt.
- Hat der Verfolgte wegen einer Verfolgungsmaßnahme seine Fachschul- oder Hochschulausbildung nicht abschließen können, gilt die Ausbildung für die Anerkennung dieser Zeiten als Anrechnungszeit als abgeschlossen.
- Ist wegen einer Verfolgungsmaßnahme eine Schulausbildung, Fachschul- oder Hochschulausbildung unterbrochen, jedoch später wieder aufgenommen und abgeschlossen oder eine neue Ausbildung begonnen und abgeschlossen worden, sind die Ausbildungszeiten als Anrech-



nungszeiten bis zum Doppelten der allgemein geltenden Höchstdauer anzuerkennen.

607 Von den Betroffenen kann der Antrag auf Feststellung einer Verfolgungszeit nach der zuletzt mit dem 2. Gesetz zur Änderung rehabilitierungsrechtlicher Vorschriften vorgenommenen Fristverlängerung noch bis zum 31. Dezember 2007 bei den Rehabilitierungsbehörden gestellt werden.

## Beratung und Auskunft

608 Den Trägern der Rentenversicherung obliegt die allgemeine Aufklärung der versicherten Bevölkerung und der Rentner über ihre Rechte und Pflichten. Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, erhalten von Amts wegen Auskunft über die Höhe der ihnen zustehenden Rentenanwartschaft; jüngeren Versicherten kann diese Auskunft von Amts wegen oder auf Antrag erteilt werden.

### Verbesserter Auskunftsservice durch die Rentenversicherungsträger

609 Mit dem Altersvermögensgesetz ist der Auskunftsservice durch die Rentenversicherungsträger ganz erheblich verbessert worden. Ab dem Jahr 2004 haben die Rentenversicherungsträger allen Versicherten, die das 27. Lebensjahr vollendet haben, jährlich in schriftlicher Form Auskünfte über den Stand ihrer Rentenanwartschaften zu erteilen. Die jährliche Renteninformation enthält insbesondere:

- Angaben über die Grundlage der Rentenberechnung
- Angaben über die Höhe einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die zu zahlen wäre, würde der Fall der vollen Erwerbsminderung vorliegen,
- eine Prognose über die zu erwartende Regelaltersrente,
- Informationen über die Auswirkungen künftiger Rentenanpassungen sowie
- eine Übersicht über die Höhe der Beiträge, die für Beitragszeiten vom Versicherten, dem Arbeitgeber oder von öffentlichen Kassen gezahlt worden sind.

610 Durch die jährliche Renteninformation wird allen Versicherten die Möglichkeit gegeben, ihre jeweiligen Entscheidungen im Rahmen des Aufbaus

der kapitalgedeckten Altersvorsorge zu überprüfen und ggf. die weitere Anlagestrategie im Hinblick auf das für das Alter gewünschte Versorgungsniveau zu optimieren. Zudem ist den Rentenversicherungsträgern das Recht eingeräumt worden, Auskünfte im Sinne einer Wegweiserfunktion zum Aufbau einer kapitalgedeckten Altersvorsorge zu geben.

611 Zur allgemeinen Aufklärung der Bevölkerung geben die Rentenversicherungsträger kostenlos Merkblätter und Zeitschriften heraus.

### Auskunfts- und Beratungsstellen

612 Die Rentenversicherungsträger haben in ihren Dienstgebäuden sowie in fast allen größeren Städten Auskunfts- und Beratungsstellen eingerichtet. Daneben gibt es in sehr vielen Städten auch örtliche Beratungsstellen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis zum 30. September 2005 als Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bezeichnet) unterhält in über 30 Großstädten des Bundesgebiets (z. B. in Augsburg, Berlin, Bielefeld, Bonn, Braunschweig, Bremen, Chemnitz, Cottbus, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Erfurt, Essen, Frankfurt, Frankfurt (Oder), Freiburg, Gera, Gießen, Halle, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kassel, Kiel, Köln, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz, Mannheim, München, Münster, Neubrandenburg, Nürnberg, Osnabrück, Potsdam, Regensburg, Rostock, Saarbrücken, Schwerin, Stuttgart, Suhl, Würzburg) solche Auskunfts- und Beratungsstellen. Kooperationsvereinbarungen zwischen den Rentenversicherungsträgern machen es möglich, die Suche nach einer Beratungsstelle des zuständigen Rentenversicherungsträgers entfallen zu lassen. Die Kooperationsvereinbarungen umfassen auch den Datenaustausch. Jeder Versicherte kann daher individuelle Auskünfte aus seinem Versicherungskonto von allen Stellen erhalten. Insbesondere in ländlichen Gebieten werden auch Informationsbusse eingesetzt, die mit Fachleuten besetzt sind und ebenfalls mit dem Computersystem der Rentenversicherungsträger verbunden sind. Vielfach werden in den Städten und Gemeinden auch Sprechtag von Fachleuten vorgenommen, die vorher öffentlich angekündigt werden.

613 Sehr wichtig sind schließlich die Versichertenältesten der Rentenversicherungsträger. Diese sind ehrenamtlich tätig und helfen in allen Fragen der Rentenversicherung, insbesondere beim Ausfüllen des Rentenantrags. Die Anschriften können bei den Auskunfts- und Beratungsstellen, den Gemeinde- und

Stadtverwaltungen, den Versicherungsämtern, den Krankenkassen und den Gewerkschaften erfragt werden. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund sind über 1.800 Versichertenälteste ehrenamtlich tätig, bei den Regionalträgern (bis zum 30. September 2005 als Landesversicherungsanstalt bezeichnet) sind es vermutlich ebenso viele. In der knappschaftlichen Rentenversicherung nehmen über 1400 Knappschaftsälteste die Interessen der Versicherten wahr.

## Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer

### Grundsätze der Rentenüberleitung auf die neuen Bundesländer

614 Mit dem Renten-Überleitungsgesetz wurde das Rentenrecht in der Fassung des Rentenreformgesetzes 1992, das am 1. Januar 1992 in den alten Bundesländern in Kraft getreten ist, zum gleichen Zeitpunkt auf die neuen Bundesländer übergeleitet. Damit ist am 1. Januar 1992 das im SGB VI geregelte Rentenrecht gleichzeitig in den alten und neuen Bundesländern in Kraft getreten. In das SGB VI wurden für die neuen Bundesländer dort spezielle Übergangsregelungen aufgenommen, wo rentenrelevante Lebenssachverhalte in die Regelungssystematik des Gesetzes einzubinden waren, die im Rentensystem der ehemaligen DDR eine völlig andere Einordnung erfahren hatten.

615 Durch Artikel 30 Abs. 5 des Einigungsvertrages war vorgegeben, dass Angehörige rentennaher Jahrgänge Renten nach dem Recht der ehemaligen DDR erhalten sollen, wenn sich nach diesem Recht eine höhere Rente als die nach dem SGB VI berechnete Rente ergibt oder wenn ein Rentenanspruch nur nach diesem Recht, nicht aber nach dem SGB VI bestanden hätte. Mit Artikel 2 des Renten-Überleitungsgesetzes wurde diese Vorgabe des Einigungsvertrages umgesetzt, indem dort umfassend die Regelungen des Rentenrechts der ehemaligen DDR aufgenommen wurden.

616 Artikel 3 des Renten-Überleitungsgesetzes enthält das Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz – AAÜG –. Dieses Gesetz regelt die Überführung der in den Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR erworbenen Ansprüche und Anwartschaften in die gesetzliche Rentenversicherung.

### Versicherter Personenkreis

617 Im Hinblick darauf, dass sowohl nach den versicherungsrechtlichen Bestimmungen der neuen Bundesländer als auch nach den versicherungsrechtlichen Bestimmungen der alten Bundesländer alle gegen Arbeitsentgelt Beschäftigte der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung unterliegen, haben sich für Arbeitnehmer keine besonderen Regelungen ergeben.

618 Ganz anders verhält es sich demgegenüber bei den selbständig und freiberuflich Tätigen. Während dieser Personenkreis grundsätzlich bis zum 31. Dezember 1991 generell der Versicherungspflicht unterlag, sehen die entsprechenden Regelungen im SGB VI nur für besondere Gruppen von Selbständigen die Versicherungspflicht kraft Gesetzes vor. Kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind z. B. Lehrer, Erzieher und Pflegepersonen, die in ihrem Betrieb keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, selbständig tätige Hebammen und Entbindungspfleger, Künstler, Publizisten, Hausgewerbetreibende, Küstenfischer und -schiffer sowie in der Handwerksrolle eingetragene Handwerker. Für die übrigen Selbständigen besteht keine gesetzliche Versicherungspflicht.

619 Nur dann, wenn in den neuen Bundesländern eine selbständige Erwerbstätigkeit erstmalig nach dem 31. Juli 1991 – dem Tag der Verkündung des Renten-Überleitungsgesetzes – aufgenommen worden ist, unterlag der Selbständige auch schon vor dem 1. Januar 1992 nicht mehr der generellen Versicherungspflicht nach den Bestimmungen des ehemaligen DDR-Rechts. In diesem Fall trat Versicherungspflicht nur dann ein, wenn der Selbständige zu dem Personenkreis gehört hat, für den auch nach dem SGB VI Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bestand.

620 Ohne ergänzende Regelungen zur gesetzlichen Versicherungspflicht von Selbständigen und deren mitarbeitenden Ehegatten hätte für diejenigen, die vor 1992 eine versicherungspflichtige, selbständige Erwerbstätigkeit aufgenommen hatten, für die nach den Regelungen zum versicherungspflichtigen Personenkreis im SGB VI Versicherungspflicht nicht mehr bestanden hätte, die Versicherungspflicht am 31. Dezember 1991 enden müssen. Da dies einen nicht hinzunehmenden Eingriff in die bisherige Lebensplanung der Betroffenen bedeutet hätte, besteht für diejenigen Selbständigen, die nicht zu dem nach

dem SGB VI versicherungspflichtigen Personenkreis gehört haben, aber vor 1992 aufgrund ihrer selbständigen Tätigkeit versicherungspflichtig waren, die gesetzliche Versicherungspflicht in der jeweiligen Tätigkeit über 1991 hinaus fort. Die Betroffenen hatten jedoch die Möglichkeit, bis zum 31. Dezember 1994 die Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen. Die Befreiung war nicht an die Erfüllung bestimmter Bedingungen, wie z. B. den Nachweis einer anderweitigen gleichwertigen Sicherung, geknüpft. Die Befreiung von der Versicherungspflicht ist allerdings an die jeweilige Tätigkeit gebunden.

621 Das Sozialversicherungsgesetz der ehemaligen DDR hat selbständig Erwerbstätigen für die Zeit ab dem 1. Juli 1990 die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht eingeräumt, wenn die selbständige Erwerbstätigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre aufgenommen wurde und der Selbständige für sich und seine Familienangehörigen eine gleichwertige, private Versicherung abgeschlossen hatte. Selbständig Erwerbstätige, die aufgrund eines solchen Versicherungsvertrages von der Versicherungspflicht befreit worden sind, sind auch über den 31. Dezember 1991 hinaus in jeder Beschäftigung als Arbeitnehmer und in jeder selbständigen Erwerbstätigkeit versicherungsfrei geblieben.

622 Bis zur Überleitung des Rechts der Alterssicherung der Landwirte auf die neuen Bundesländer zum 1. Januar 1995 waren landwirtschaftliche Unternehmer in den neuen Bundesländern in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Seit dem 1. Januar 1995 sind jedoch nur noch diejenigen landwirtschaftlichen Unternehmer versicherungspflichtig geblieben, die

- bereits im Dezember 1994 versicherungspflichtig waren und
- am 1. Januar 1995 das 50. Lebensjahr vollendet oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfüllt hatten.

Diese landwirtschaftlichen Unternehmer konnten jedoch bis zum 31. Dezember 1995 die Befreiung von der Versicherungspflicht beantragen. In diesem Fall endete die Versicherungspflicht zum 31. Dezember 1994.

623 Für diejenigen landwirtschaftlichen Unternehmer, die die vorgenannten Voraussetzungen nicht

erfüllt hatten, endete die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zum 31. Dezember 1994. Für sie trat am 1. Januar 1995 an die Stelle der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung die Versicherungspflicht in der Alterssicherung der Landwirte.

624 Unabhängig von diesen besonderen Bestimmungen zur Versicherungspflicht für selbständig Erwerbstätige in den neuen Bundesländern hatten alle Selbständige, die am 31. Dezember 1991 aus welchem Grund auch immer nicht versicherungspflichtig waren, die Möglichkeit, innerhalb von 5 Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit die Versicherungspflicht zu beantragen.

### **Befreiung von der Versicherungspflicht**

625 Der Grundsatz der umfassenden Versicherungspflicht galt auch für alle freiberuflich Tätigen in der ehemaligen DDR (Ärzte, Rechtsanwälte, Apotheker, Architekten). Bereits seit dem 3. Oktober 1990 konnten angestellte und selbständig tätige Freiberufler die Befreiung von der Versicherungspflicht beantragen, wenn sie Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung geworden sind, zu dieser Einrichtung einkommensbezogene Beiträge zahlen und hierdurch Anwartschaften auf dynamische Rentenleistungen wegen Alters, Invalidität und Tod erwerben.

### **Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes**

626 Versicherungsfreiheit besteht – wie in den alten Bundesländern – für Arbeitnehmer, die nur eine geringfügige Beschäftigung ausüben. Eine geringfügige Beschäftigung liegt insbesondere dann vor, wenn das Arbeitsentgelt einen bestimmten Entgeltgrenzbetrag nicht übersteigt. Bis zum 31. März 1999 war der Entgeltgrenzbetrag dynamisch ausgestaltet, weil er an den Wert ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße angeknüpft war (in den neuen Bundesländern im Jahr 1999 530 DM). Seit dem 1. April 1999 ist der Entgeltgrenzbetrag undynamisch und in der Höhe dem Betrag in den alten Bundesländern angeglichen worden. Er hat bis zum 31. März 2003 für die neuen Bundesländer ebenso wie für die alten Bundesländer 325 Euro im Monat betragen. Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist der Entgeltgrenzbetrag für die neuen sowie für die alten Bundesländer zum 1. April 2003 auf 400 Euro im Monat angehoben worden.

## Nachversicherung

627 Personen, die vor dem 1. Januar 1992 in den neuen Bundesländern aus einer Beschäftigung ausgeschieden sind, in der sie nach dem Recht der ehemaligen DDR aufgrund eines Sachverhalts nicht versicherungspflichtig waren, der auch nach dem Recht der alten Bundesländer zur Versicherungsfreiheit geführt hätte (z. B. Gewährleistung einer Versorgung durch eine öffentliche Einrichtung), werden in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert.

628 Pfarrer, Pastoren, Prediger, Vikare und andere Mitarbeiter von Religionsgesellschaften in den neuen Bundesländern, für die aufgrund von Vereinbarungen zwischen den Religionsgesellschaften und der DDR Beiträge zur Sozialversicherung für Zeiten im Dienst der Religionsgesellschaften nachgezahlt wurden, gelten für die Zeiträume, für die Beiträge nachgezahlt worden sind, als nachversichert.

629 Diakonissen, für die aufgrund von Vereinbarungen zwischen dem Bund der Evangelischen Kirchen und der DDR Zeiten einer Tätigkeit in den Evangelischen Diakonissenmutterhäusern und Diakoniewerken vor dem 1. Januar 1985 bei der Gewährung und Berechnung von Renten aus der Sozialversicherung zu berücksichtigen waren, werden für diese Zeiträume nachversichert. Das gleiche gilt für Mitglieder geistlicher Genossenschaften, die vor dem 1. Januar 1985 in den neuen Bundesländern eine vergleichbare Tätigkeit ausgeübt haben.

630 Die Nachversicherung setzt des Weiteren voraus, dass die vor stehend genannten Personen

- ohne einen Anspruch oder ohne eine Anwartschaft auf Versorgung aus der Beschäftigung ausgeschieden sind und
- einen Anspruch auf eine Rente nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch haben oder aufgrund der Nachversicherung erwerben.

Die Nachversicherung erfolgt durch Beitragszahlungen des Arbeitgebers bzw. der jeweiligen Einrichtung, der bzw. die den Betroffenen beschäftigt hat. Die Beiträge werden unmittelbar an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Beitragsbemessungsgrundlage ist das aus der Beschäftigung im Nachentrichtungszeitraum bezogene Einkommen. Bei der Ermittlung der maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlage wird den besonderen Einkommens-

verhältnissen in der ehemaligen DDR Rechnung getragen.

## Leistungen der Rentenversicherung

631 Seit dem 1. Januar 1992 sind für die rentenrechtlichen Ansprüche der Versicherten in den neuen Bundesländern die leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB VI maßgebend. Seit dieser Zeit werden daher auch in den neuen Bundesländern Leistungen der Rehabilitation, Renten wegen Alters und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unter den gleichen Voraussetzungen erbracht wie in den alten Bundesländern.

### Renten wegen Alters

632 Im Hinblick auf die besonders schwierige Arbeitsmarktlage in den neuen Bundesländern hat die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit (seit 1. August 1996 Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit) für die Versicherten in den neuen Bundesländern eine besondere Bedeutung. Denn auf die für den Anspruch bei dieser Rentenart erforderliche 8jährige Pflichtbeitragszeit in den letzten 10 Jahren vor Rentenbeginn sind für Versicherte in den neuen Bundesländern auch Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld seit dem 1. Juli 1990 sowie Zeiten des Bezugs von Vorruhestandsgeld oder Altersübergangsgeld anzurechnen. In der Zeit von 1992 bis 2004 gab es in den neuen Bundesländern bei dieser Rentenart rd. 736.000 Rentenneuzugänge. Sie machten damit über 40% der gesamten Neuzugänge der Jahre 1992 bis 2003 an den vor dem 65. Lebensjahr in den neuen Bundesländern in Anspruch genommenen Altersrenten (rd. 1,8 Mio.) aus.

### Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

633 Nach dem Rentenrecht der ehemaligen DDR bestand ein Anspruch auf eine Invalidenrente dann, wenn das Leistungsvermögen und der Verdienst um mindestens 2/3 gemindert waren. Eine Arbeit lag im Rahmen dieses so genannten Lohndrittels, wenn

- der Verdienst 1/3 des vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Verdienstes nicht überschritt,
- der Verdienst 1/3 des Verdienstes nicht überschritt, der von einem gesunden Arbeitnehmer in

einem Beruf erzielt werden konnte, den der Invalide vor Eintritt der Invalidität ausgeübt hatte, oder

- der Verdienst den Betrag von 400 Mark monatlich nicht überschritt.

634 Invalidenrenten, die im Dezember 1991 bezogen wurden, sind zum 1. Januar 1992 als Renten wegen Erwerbsunfähigkeit geleistet worden, wenn die Hinzuverdienstgrenze von ein Siebtel der Bezugsgröße, mindestens 400 DM monatlich, nicht überschritten wurde. Bei Überschreiten dieser Hinzuverdienstgrenze wurde die Invalidenrente als Berufsunfähigkeitsrente weitergezahlt. Gleichzeitig wurde durch die Zahlung von Auffüllbeträgen (Rdnr. 687) sichergestellt, dass der bisherige Zahlbetrag der Rente auch bei der zum 1. Januar 1992 vorzunehmenden Umwertung (Rdnr. 685 und 686) in eine gegenüber der Erwerbsunfähigkeitsrente niedrigere Berufsunfähigkeitsrente nicht unterschritten wurde. Aus der rentenrechtlichen Einordnung der Invalidenrenten in das Schema der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten hat sich damit für erwerbstätige Invalidenrentner zum 1. Januar 1992 keine Verschlechterung ihrer Einkommenssituation ergeben. Ab dem 1. Januar 2001 sind allerdings auch auf die Invalidenrenten, die ab dem 1. Januar 1992 als Renten wegen Erwerbsunfähigkeit geleistet worden sind, die zum 1. Januar 1996 eingeführten Hinzuverdienstregelungen anzuwenden (Rdnr. 170 bis 172). Ausgenommen von der rentenrelevanten Berücksichtigung von Hinzuverdiens sind jedoch die Rentenbezieher, die bereits am 31. Dezember 1991 eine nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets berechnete Invalidenrente bezogen haben und die Voraussetzungen für den Bezug von Blindengeld oder Sonderpflegegeld nach den am 31. Dezember 1991 geltenden Vorschriften des Beitrittsgebiets erfüllen.

635 Die als Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten weitergezahlten Invalidenrenten werden längstens bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres und ansonsten solange gezahlt, wie der Tatbestand der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit nach den bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Bestimmungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung haben die Träger der Rentenversicherung dagegen nicht zu prüfen, ob auch weiterhin Invalidität nach dem am 31. Dezember 1991 geltenden (DDR-) Rentenrecht besteht.

636 Für die Versicherten in den neuen Bundesländern bedurfte es bei der Überleitung des Rechts der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insbesondere einer Übergangsregelung zu der für diesen Anspruch erforderlichen besonderen Anspruchsvoraussetzung der Belegung von drei Jahren mit Pflichtbeitragszeiten innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung. Diese besondere Anspruchsvoraussetzung war in den alten Bundesländern zum 1. Januar 1984 eingeführt worden. Für die Versicherten in den alten Bundesländern, die diese Voraussetzung für eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit am 1. Januar 1984 nicht erfüllt haben (z. B. nicht erwerbstätige Hausfrauen), aber am 31. Dezember 1983 die Wartezeit für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 60 Monaten bereits erfüllt und deshalb nach dem früheren Recht Versicherungsschutz bei Minderung der Erwerbsfähigkeit hatten, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Sie konnten und können den Versicherungsschutz für den Fall der Invalidität durch regelmäßige Zahlung von freiwilligen Beiträgen aufrechterhalten; dazu reicht bereits die Zahlung der Mindestbeiträge aus. Seit dem 1. Januar 1992 gilt diese Übergangsregelung ebenfalls für die Versicherten in den neuen Bundesländern. Das Renten-Überleitungsgesetz sieht aber aus Gründen der Gleichbehandlung vor, dass auch Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Gebiet der neuen Bundesländer vor 1992 eine rentenrechtlich relevante Zeit sind. Damit hatten auch alle Versicherten in den neuen Bundesländern, die am 1. Januar 1992 nicht versicherungspflichtig beschäftigt oder selbständig tätig waren und am 31. Dezember 1983 bereits 60 Kalendermonate mit Beiträgen zurückgelegt hatten, die Möglichkeit, ihren Invaliditätsschutz durch die monatliche Zahlung des freiwilligen Mindestbeitrags aufrechtzuerhalten.

### Renten wegen Todes

637 Nach dem bis zum 31. Dezember 1991 in den neuen Bundesländern geltenden Recht wurden Hinterbliebenenrenten in den neuen Bundesländern nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen gewährt. So bestand ein zeitlich unbegrenzter Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente nur dann, wenn die Witwe bzw. der Witwer das 60. Lebensjahr vollendet hatte oder aber erwerbsunfähig war.

638 Seit dem 1. Januar 1992 besitzen alle Witwen bzw. Witwer, die das 45. Lebensjahr vollendet haben,



ein Kind unter 18 Jahren erziehen oder berufs- bzw. erwerbsunfähig (seit dem 1. Januar 2001 erwerbsgemindert) sind, Anspruch auf die große Witwen- bzw. Witwerrente (60%/55% der Versichertenrente).

639 Hat die Witwe bzw. der Witwer das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet und erzieht sie bzw. er kein Kind unter 18 Jahren, besteht Anspruch auf die kleine Witwen- bzw. Witwerrente (25% der Versichertenrente). Diese Neuregelungen gelten auch für alle Todesfälle vor 1992.

640 Nach dem bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Recht bestand in den neuen Bundesländern ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente auch dann nur, wenn der oder die Verstorbene den Unterhalt der Familie überwiegend bestritten hatte. Seit dem 1. Januar 1992 sind Witwen und Witwer in den neuen Bundesländern jedoch auch hinterbliebenenrentenberechtigt, wenn der verstorbene Ehegatte den Unterhalt der Familie nicht überwiegend bestritten hat. Für Witwer gilt dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Ehefrau nach 1985 gestorben ist. Starb sie vor 1986, besteht Anspruch auf Witwerrente nur, wenn die Ehefrau den Unterhalt der Familie zuletzt überwiegend bestritten hatte. Der Stichtag ergibt sich aus der zum 1. Januar 1986 in Kraft gesetzten Neuregelung des Hinterbliebenenrentenrechts in den alten Bundesländern. Bei Todesfällen bis zum 31. Dezember 1985 haben auch in den alten Bundesländern Witwer nur dann einen Anspruch auf Witwerrente, wenn die verstorbene Frau den überwiegenden Familienunterhalt bestritten hatte.

641 Wird neben einer niedrigeren Hinterbliebenenrente eine Rente aus eigener Versicherung bezogen, so war nach dem bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Hinterbliebenenrentenrecht der ehemaligen DDR die Hinterbliebenenrente pauschal auf 25% der errechneten Hinterbliebenenrente, also im Ergebnis auf 15% der Rente des verstorbenen Versicherten zu kürzen. Diese pauschale Kürzungsregelung ist ab dem 1. Januar 1992 entfallen. Das System der pauschalen Kürzung ist seit 1992 durch die Regelung über die Anrechnung eigenen Erwerbs- bzw. Erwerbssatzeinkommens ersetzt worden. Auf die Hinterbliebenenrente wird dann das eigene Nettoeinkommen – das bei Rentnern dem (nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrags sowie des Beitrags zur Pflegeversicherung) zur Auszahlung kommenden Rentenbetrag entspricht – in Höhe von 40% des Betrags angerechnet, um den das eigene Einkommen

einen Freibetrag übersteigt, der seit dem 1. Juli 2003 606,41 Euro – (26,4 x aktueller Rentenwert (Ost)) – beträgt. Dieser Freibetrag erhöht sich für jedes unterhaltsberechtigten Kind um 128,32 Euro (5,6 x aktueller Rentenwert (Ost)). Der Freibetrag ist dynamisch, d. h. er wird entsprechend den für die Renten in den neuen Bundesländern maßgebenden Anpassungssätzen angehoben.

## Erziehungsrente

642 Im Falle einer Ehescheidung besteht nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten grundsätzlich kein Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente. Ein Anspruch auf Geschiedenenwitwenrente – wie er übergangsweise noch in den alten Bundesländern für Ehescheidungen vor dem 1. Juli 1977 besteht – wurde nicht für geschiedene Ehegatten in den neuen Bundesländern eingeführt, weil diesen bereits zu Lebzeiten des anderen geschiedenen Ehegatten nach dem Unterhaltsrecht der DDR grundsätzlich kein Unterhaltsanspruch zugestanden hatte. Hinterbliebenenrenten haben aber gerade die Funktion, den durch den Tod des unterhaltsverpflichteten Ehegatten bzw. geschiedenen Ehegatten nicht mehr gewährleisteten Unterhalt zu ersetzen.

643 Erziehen jedoch Versicherte, die in den neuen Bundesländern geschieden worden sind, ein eigenes Kind oder ein Kind des Verstorbenen, haben sie – unabhängig vom Datum der Scheidung – Anspruch auf die Erziehungsrente, wenn

- der geschiedene Ehegatte gestorben ist,
- ein eigenes Kind oder ein Kind des geschiedenen Ehemannes, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erzogen wird,
- der oder die Versicherte nicht wieder geheiratet hat und
- die fünfjährige Wartezeit aus eigener Versicherung vor dem Tode des früheren Ehegatten bereits erfüllt gewesen ist.

644 Im Unterschied zu den neuen Bundesländern besteht in den alten Bundesländern ein Anspruch auf Erziehungsrente nur im Falle der Ehescheidung nach dem 30. Juni 1977. Denn zum 1. Juli 1977 ist dort anstelle der Geschiedenenwitwenrente der Versorgungsausgleich eingeführt worden. Dieser sieht vor, dass vom Versicherungskonto desjenigen geschiedenen Ehegatten, der während der Ehezeit



mehr Rentenanwartschaften erworben hat als der andere geschiedene Ehegatte, Teile der Rentenanwartschaft auf das Versicherungskonto des anderen geschiedenen Ehegatten übertragen werden. Nur bei Ehescheidungen vor dem 1. Juli 1977 – also vor Einführung des Versorgungsausgleichs – besteht in den alten Bundesländern noch ein Anspruch auf Geschiedenenwitwenrente; aber auch nur unter der Voraussetzung, dass der verstorbene geschiedene Ehegatte im Jahr vor seinem Tod unterhaltsverpflichtet gewesen war.

### Waisenrenten

645 Die Waisenrenten werden seit dem 1. Januar 1992 in den neuen Bundesländern unter den gleichen Voraussetzungen und aufgrund der gleichen Berechnungsgrundlagen wie in den alten Bundesländern gezahlt. Die Waisenrenten setzen sich – wie in den alten Bundesländern – aus einem beitragsabhängigem Bestandteil (10% der Versichertenrente bei Halbwaisen, 20% bei Vollwaisen) und einem beitragsunabhängigen Zuschlag zusammen. Der Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten richtet sich nach der Anzahl der Kalendermonate mit rentenrechtlichen Zeiten und dem Zugangsfaktor des verstorbenen Versicherten. Der Zuschlag bei Waisenrenten besteht aus persönlichen Entgeltpunkten (Ost), wenn der Rente des verstorbenen Versicherten ausschließlich Entgeltpunkte (Ost) zugrunde liegen. Sind dagegen in der Rente des Verstorbenen auch Entgeltpunkte (West) enthalten, so besteht der Zuschlag insgesamt aus Entgeltpunkten (West).

## Rentenrechtliche Zeiten

646 Nach dem Rentenrecht des SGB VI sind folgende rentenrechtliche Zeiten vorgesehen: Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Ersatzzeiten, Zurechnungszeiten sowie Berücksichtigungszeiten.

### Beitragszeiten

647 Beitragszeiten werden für versicherungspflichtige Beschäftigungen und Tätigkeiten anerkannt, wenn vom erzielten Verdienst Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung abgeführt worden sind. Insoweit ist kein wesentlicher Unterschied zwischen Pflichtbeitragszeiten nach früherem DDR-Recht und den Pflichtbeitragszeiten nach dem Recht des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gegeben.

648 Nach dem Recht der DDR waren für behinderte Menschen Pflichtbeitragszeiten anzuerkennen. Daher

ist im Renten-Überleitungsgesetz für behinderte Menschen die Übergangsregelung vorgesehen worden, dass als Pflichtbeitragszeiten auch Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts im Gebiet der neuen Bundesländer nach Vollendung des 16. Lebensjahres und nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit in der Zeit vom 1. Juli 1975 bis zum 31. Dezember 1991 für Versicherte gelten, die bereits vor der Erfüllung der allgemeinen Wartezeit erwerbsunfähig waren und seitdem ununterbrochen erwerbsunfähig bzw. voll erwerbsgemindert sind. Mit dieser Übergangsregelung wurde für behinderte Menschen in den neuen Bundesländern insbesondere die Erfüllung der 20jährigen Wartezeit für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. (ab Januar 2001) wegen voller Erwerbsminderung an Versicherte erleichtert, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren erwerbsunfähig waren. Die Erfüllung der 20jährigen Wartezeit kann seit dem 1. Januar 1992 vor allem durch die Aufnahme einer rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung in einer Werkstätte für behinderte Menschen, aber auch durch die Zahlung freiwilliger Beiträge erreicht werden.

649 Darüber hinaus gab es nach dem Rentenrecht der DDR eine Reihe von Tätigkeiten, die ebenfalls als versicherungspflichtige Tätigkeiten gegolten haben (z. B. Zeiten des Schulbesuchs oder des Studiums an einer Universität, Hoch- oder Fachschule, die eine Berufstätigkeit nicht zuließen, Zeiten des Bezugs von Geldleistungen der Sozialversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit, Zeiten des Militärdienstes und der sich anschließenden Kriegsgefangenschaft). Diese Zeiten können nach dem Recht des SGB VI zwar nicht als Beitragszeiten, jedoch in der Regel als Anrechnungszeiten (z. B. Ausbildungszeiten, Krankheitszeiten) oder als Ersatzzeiten angerechnet werden.

### Kindererziehungszeiten

650 Auch für jedes vor 1992 in den neuen Bundesländern geborene Kind wird ein Jahr Kindererziehungszeit angerechnet. Haben Eltern in den neuen Bundesländern ihr Kind vor dem 1. Januar 1992 in dessen 1. Lebensjahr gemeinsam erzogen, so konnten sie bis zum 31. Dezember 1996 übereinstimmend erklären, dass der Vater das Kind überwiegend erzogen hat. Wurde eine übereinstimmende Erklärung nicht abgegeben, wird die Kindererziehungszeit der Mutter angerechnet. War ein Elternteil vor dem 1. Januar

1995 gestorben, konnte der überlebende Elternteil die Erklärung bis zum 31. März 1997 alleine abgeben.

### Anrechnungszeiten

651 Neben den nach den allgemeinen Regelungen des SGB VI anzuerkennenden Anrechnungszeiten (Rdnr. 206 bis 217) hat das Renten-Überleitungsgesetz für Versicherte in den neuen Bundesländern vor allem den Katalog der Tatbestände ergänzt, die Voraussetzung dafür sind, dass Zeiten der Arbeitslosigkeit als Anrechnungszeiten berücksichtigt werden können. Danach sind für Versicherte in den neuen Bundesländern insbesondere auch die folgenden Zeiten als Anrechnungszeiten zu berücksichtigen:

- Zeiten des Bezugs von Lohnersatzleistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz nach dem 1. Juli 1990 (z. B. Arbeitslosengeld, Altersübergangsgeld),
- Zeiten des Bezugs von Vorruhestandsgeld nach der Vorruhestandsverordnung vom 8. Februar 1990,
- Zeiten des Bezugs von Unterstützung während der Zeit der Arbeitsvermittlung nach der Verordnung vom 8. Februar 1990 sowie
- alle Zeiten der Arbeitslosigkeit vor dem 1. März 1990.

Darüber hinaus werden für Versicherte in den neuen Bundesländern ebenfalls

- Zeiten, in denen die Versicherte wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen eine versicherte Beschäftigung unterbrochen oder nicht ausgeübt haben, und
- Zeiten, in denen vor dem 55. Lebensjahr z. B. Invalidenrente, Bergmannsinvalidenrente, Versorgung wegen voller Berufsunfähigkeit oder Teilberufsunfähigkeit oder Unfallrente wegen eines Körperschadens von 66 2/3 v. H. bezogen worden ist,

als Anrechnungszeiten anerkannt.

### Ersatzzeiten

652 Ersatzzeiten sind Zeiten, in denen der Versicherte infolge des Krieges oder aus kriegsbedingten Gründen an der Entrichtung von Beiträgen gehindert war. Für Versicherte in den neuen Bundesländern gehören hierzu insbesondere Zeiten des Freiheitsentzugs aus

politischen Gründen in der ehemaligen DDR in der Zeit vom 8. Mai 1945 bis 30. Juni 1990, wenn eine auf Rehabilitation oder Kassation (Aufhebung des Urteils) erkennende Entscheidung ergangen ist. In Durchbrechung des rentenrechtlichen Grundsatzes, dass neu eingeführte rentenrechtliche Zeiten nicht zur Neuberechnung laufender Renten führen, können Zeiten des Freiheitsentzugs bei politischen Häftlingen in der ehemaligen DDR sowohl in den alten wie auch in den neuen Bundesländern auch dann noch rentenerhöhend berücksichtigt werden, wenn bereits eine Rente ohne Berücksichtigung dieser Zeiten bezogen wird. Bezieher von Renten, deren Zeiten einer politischen Haft noch nicht in die Versicherungsbiographie eingegangen ist, sollten sich daher mit den notwendigen Unterlagen, wie z. B. Urteilen, Kassationsbescheiden, Haftbescheinigungen, an ihren zuständigen Rentenversicherungsträger wenden.

## Rentenberechnung

653 Seit dem 1. Januar 1992 richtet sich auch in den neuen Bundesländern die Höhe einer Rente vor allem nach der Höhe der während des Versicherungslebens durch Beiträge versicherten Arbeitsentgelte und Arbeitseinkommen. Daher erfolgt seit dieser Zeit die Berechnung der Renten für die Versicherten in den neuen Bundesländern nach der Berechnungsformel des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die Monatsrente errechnet sich danach – wie in den alten Bundesländern – aus dem Produkt der folgenden vier Faktoren:

- den Entgeltpunkten (EP),
- dem Zugangsfaktor (ZF),
- dem Rentenartfaktor (RAF) und
- dem aktuellen Rentenwert - Ost - (AR-Ost).

$$\text{Monatsrente} = \text{EP} \times \text{ZF} \times \text{RAF} \times \text{AR (Ost)}$$

### Ermittlung der Entgeltpunkte für Beitragszeiten

654 Wie in den alten Bundesländern werden Entgeltpunkte auch für die im Gebiet der neuen Bundesländer zurückgelegten Beitragszeiten aus dem Verhältnis des individuell versicherten Arbeitsentgelts zum Durchschnittsentgelt aller Versicherten ermittelt. Würden jedoch die in der früheren DDR erzielten Arbeitsverdienste, die in der Vergangenheit um ein Vielfaches niedriger gewesen sind als die Verdienste

in den alten Bundesländern, an den Durchschnittsentgelten in den alten Bundesländern gemessen, so würden sich aus den in der früheren DDR erzielten Arbeitsentgelten weitaus niedrigere Renten ergeben als bei vergleichbaren Verdiensten in den alten Bundesländern. Um diesen Effekt zu vermeiden, werden die im Gebiet der neuen Bundesländer erzielten Entgelte in das Einkommensgefüge der alten Bundesländer eingeordnet. Entgelte, denen eine Beschäftigung im Gebiet der neuen Bundesländer zugrunde liegt, werden anhand von Umrechnungsfaktoren in jeweils vergleichbare, auf dem höheren Entgeltniveau der alten Bundesländer liegende Entgelte umgerechnet. Die Umrechnungsfaktoren ergeben sich jeweils aus dem Verhältnis der Durchschnittsverdienste aller Versicherten in die alten Bundesländer und zu den Durchschnittsverdiensten aller Versicherten in den neuen Bundesländern in einem Kalenderjahr. Hierdurch ist sichergestellt, dass sich die niedrigeren Verdienste in den neuen Bundesländern nicht rentenmindernd auswirken.

1966	09.893	06.176	1.6018
1967	10.219	06.416	1.5927
1968	10.842	06.609	1.6405
1969	11.839	06.835	1.7321
1970	13.343	07.069	1.8875
1971	14.931	07.287	2.0490
1972	16.335	07.526	2.1705
1973	18.295	07.740	2.3637
1974	20.381	08.008	2.545
1975	21.808	08.301	2.6272
1976	23.335	08.534	2.7344
1977	24.945	08.801	2.8343
1978	26.242	09.073	2.8923
1979	27.685	09.311	2.9734
1980	29.485	09.448	3.1208
1981	30.900	09.768	3.1634
1982	32.198	10.016	3.2147
1983	33.293	10.204	3.2627
1984	34.292	10.428	3.2885
1985	35.286	10.651	3.3129
1986	36.627	11.110	3.2968
1987	37.726	11.591	3.2548
1988	38.896	12.012	3.2381
1989	40.063	12.392	3.2300
1990	41.946	17.870	2.3473
1991	44.421	25.770	1.7235
1992	46.820	32.530	1.4393
1993	48.161	35.032	1.3739
1994	49.142	38.734	1.2687
1995	50.665	41.134	1.2317
1996	51.678	42.328	1.2209
1997	52.143	43.133	1.2089
1998	53.745	44.784	1.2001
1999	53.082	44.768	1.1857
2000	54.256	44.618	1.2160
2001	55.216	46.002	1.2003
2002	28.626	23.799	1.1972
2003	29.230	24.462	1.1949
2004	29.060	24.355	1.1932
2005	29.569	24.879	1.1885
2006	29.304	24.602	1.1911

**Beispiel**

Durchschnittsentgelt (Ost) im Jahre 1980:	9.448 M
Durchschnittsentgelt (West) im Jahre 1980:	29.485 DM
Umrechnungsfaktor 1980:	$29.485 \text{ DM} / 9.448 \text{ M} = 3,1208$

Hatte z. B. ein Versicherter im Jahre 1980 ein monatliches Arbeitsentgelt von 800 M versichert, wird für die Rentenberechnung ein Entgelt von rd. 2.500 DM zugrunde gelegt.

**Durchschnittsentgelte West – Ost (bis 2001 in DM und ab 2002 in EUR) und Umrechnungsfaktor**

Kalender-jahr	West	Ost	Umrechnungs-faktor
1950	03.161	03.183	0,9931
1951	03.579	03.408	1,0502
1952	03.852	03.628	1,0617
1953	04.061	03.883	1,0458
1954	04.234	04.157	1,0185
1955	04.548	04.268	1,0656
1956	04.844	04.392	1,1029
1957	05.043	04.551	1,1081
1958	05.330	04.849	1,0992
1959	05.602	05.169	1,0838
1960	06.101	05.328	1,1451
1961	06.723	05.443	1,2374
1962	07.328	05.570	1,3156
1963	07.775	05.689	1,3667
1964	08.467	05.812	1,4568
1965	09.229	05.969	1,5462

**Die für die Rentenberechnung zu berücksichtigenden Entgelte**

655 Seit 1992 werden auch in den neuen Bundesländern bei der Ermittlung der Entgeltpunkte grundsätzlich nur die tatsächlich versicherten Entgelte zugrunde gelegt. Hierbei musste jedoch für die vor 1990 zurückgelegten Beitragsjahre den Besonderheiten des Versicherungsrechts der ehemaligen DDR Rechnung getragen werden. Denn in der ehemaligen DDR galt bis zum 30. Juni 1990 eine Beitragsbemessungsgrenze von 600 Mark. Darüber liegende Entgelte waren nicht zu versichern und wurden daher auch nicht in die Sozialversicherungsausweise eingetragen. Wäre konsequent der Grundsatz zugrunde gelegt worden, nur versicherte Entgelte bei der Rentenberechnung zu berücksichtigen, so wären Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 600 Mark unberücksichtigt geblieben. Für die im Gebiet der neuen Bundesländer bis zum 1. März 1971 zurückgelegten Zeiten einer versicherungspflichtigen Beschäftigung wird aber insoweit vom Grundsatz der Berücksichtigung nur versicherter Entgelte abgewichen, als für

diese Zeiten nicht nur das bis 600 Mark versicherte Entgelt, sondern das tatsächlich erzielte, also auch das über der Beitragsbemessungsgrenze von 600 Mark liegende Entgelt, bei der Berechnung der Rente zu berücksichtigen ist. Derjenige, der mehr als 600 Mark im Monat (7.200 M im Jahr) verdient hat, kann dies gegenüber dem Rentenversicherungsträger durch Lohnstreifen, Gehaltsbescheinigungen oder sonstige Lohnunterlagen nachweisen.

656 Sind keine Lohnunterlagen mehr vorhanden, kann im Wege der Glaubhaftmachung ein höheres als das bis 600 Mark versicherte Entgelt der Rentenberechnung zugrunde gelegt werden. Als Mittel der Glaubhaftmachung kommen z. B. nachträgliche Arbeitgeberbescheinigungen, Zeugenaussagen Dritter oder aber auch die eidesstattliche Versicherung durch den Versicherten selbst in Betracht. Glaubhaft gemachte Entgelte oberhalb von 600 Mark können allerdings nur zu 5/6 in die Rentenberechnung einfließen.

657 Zum 1. März 1971 wurde für die Versicherten der ehemaligen DDR die Möglichkeit eröffnet, der so genannten freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) beizutreten und dort Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 600 Mark zu versichern. Daher werden für die vom 1. März 1971 bis zum 30. Juni 1990 zurückgelegten Zeiten einer Beschäftigung in den neuen Bundesländern Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 600 Mark nur berücksichtigt, wenn im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) gezahlt worden sind.

658 In der Zeit vom 1. März 1971 bis 31. Dezember 1976 konnten allerdings nur Entgelte bis 1.200 Mark im Monat (14.400 Mark im Jahr) in der FZR versichert werden. Dies ist aber im Ergebnis nicht von Bedeutung, da Entgelte, die 1.200 Mark im Monat übersteigen, bis einschließlich 1977 die jeweiligen für die neuen Bundesländer maßgebenden Beitragsbemessungsgrenzen nach dem SGB VI in der allgemeinen Rentenversicherung (bis zum 30. September 2005 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) übersteigen. Damit hätte ein 1.200 Mark übersteigendes Entgelt sich in einer nach dem SGB VI berechneten Rente ohnehin nicht rentenerhöhend auswirken können. Lediglich für Zeiten einer knappschaftlichen Beschäftigung wird auch ein Entgelt berücksichtigt, das das bis 1.200

Mark in der FZR versicherte Entgelt übersteigt, da die für die neuen Bundesländer maßgebende Beitragsbemessungsgrenze in der knappschaftlichen Rentenversicherung ab 1974 den Betrag von 1.200 Mark im Monat überstieg.

659 Für die Zeit ab 1977 wird für die meisten Versicherten das tatsächlich erzielte Entgelt bis zur jeweiligen – für die neuen Bundesländer maßgebenden – Beitragsbemessungsgrenze nach dem SGB VI nur berücksichtigt, wenn das 600 Mark übersteigende Entgelt in vollem Umfang in der FZR versichert worden ist. Denn für die meisten Versicherten war ab 1977 die Beschränkung bei der Versicherung des 600 Mark übersteigenden Arbeitsentgelts in der FZR aufgehoben. Lediglich für bestimmte Personengruppen war die Versicherungsmöglichkeit in der FZR bis zum 30. November 1989 weiterhin auf 1.200 Mark im Monat (14.400 Mark im Jahr) – ab dem 1. Dezember 1989 bis zum 30. Juni 1990 auf 2.400 Mark im Monat (28.800 Mark im Jahr) – begrenzt. Diese Begrenzung der Versicherungsmöglichkeit galt für folgende Personen:

- Mitglieder von Kollegien der Rechtsanwälte,
- in eigener Praxis tätige Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte,
- freiberuflich tätige Kultur- und Kunstschaffende,
- Inhaber von Handwerks- und Gewerbebetrieben und
- freiberuflich Tätige und andere selbständig Tätige sowie deren ständig mitarbeitende Ehegatten.

660 Für diesen Personenkreis ist bei der Rentenberechnung dann das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen zugrunde zu legen, wenn im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten von der Absicherung des Einkommens in der FZR (also Versicherung des Einkommens bis 1.200 Mark bzw. 2.400 Mark im Monat) Gebrauch gemacht worden ist und das die vorgenannten Beträge übersteigende Einkommen nachgewiesen werden kann. Gelingt der Nachweis, dass 1.200 Mark bzw. 2.400 Mark übersteigendes Einkommen erzielt worden ist, nicht, so bleibt jedoch die Möglichkeit bestehen, dieses Einkommen – z. B. durch Zeugenaussagen Dritter bzw. eine eidesstattliche Versicherung – glaubhaft zu machen. In diesem Fall wird das 1.200 Mark bzw. 2.400 Mark übersteigende Einkommen nur zu 5/6 berücksichtigt.

**Beispiel**

Versichertes Einkommen im Jahr 1988:	14.400 Mark
erzieltes Einkommen im Jahr 1988 (glaubhaft gemacht):	22.000 Mark
Zu berücksichtigendes Einkommen: $14.400 + 5/6 \times (22.000 - 14.400) = 20.733$ Mark	

661 Aufgrund der Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 10. November 1998 über die Berücksichtigung des Arbeitsverdienstes oberhalb von 600 Mark für Beschäftigungszeiten bei der Deutschen Reichsbahn und der Deutschen Post bei der Rentenberechnung sind mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes für Versicherte mit solchen Beschäftigungszeiten rechtliche Klarstellungen vorgenommen worden. Zwar gilt grundsätzlich auch für Beschäftigungszeiten bei der Deutschen Reichsbahn und bei der Deutschen Post, dass hierfür Entgeltpunkte nur aufgrund der in diesen Beschäftigungszeiten erzielten Arbeitsverdienst ermittelt werden, für die tatsächlich Beiträge gezahlt worden sind. Das Bundessozialgericht verweist in seinen Entscheidungen jedoch auf eine Ähnlichkeit der so genannten „Alten Versorgung“ der Deutschen Reichsbahn und der Deutschen Post mit den Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der DDR, bei denen die Rente in Bestand und Wert nicht von den Beiträgen zur FZR abhängig war. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts war die „Alte Versorgung“ ab 1. Januar 1974 als Teil der Anwartschaft auf eine Sozialversicherungsrente ausgestaltet.

662 Dieser rechtlichen Bewertung folgend werden bei der Ermittlung der Entgeltpunkte für Beschäftigungszeiten in den Bereichen Reichsbahn und Post vom 1. März 1971 bis 31. Dezember 1974 generell die tatsächlich erzielten, 600 Mark übersteigenden Arbeitsentgelte, auch dann zugrunde gelegt, wenn eine Beitragszahlung zur FZR nicht erfolgt ist. Für Versicherte, die am 31. Dezember 1973 bereits 10 Jahre bei der Deutschen Reichsbahn oder bei der Deutschen Post beschäftigt gewesen sind, werden für Beschäftigungszeiten vom 1. Januar 1974 bis 30. Juni 1990 Entgeltpunkte auch aus Arbeitsverdiensten bis zu 1.250 Mark monatlich ermittelt, wenn ein Arbeitsverdienst in dieser Höhe tatsächlich erzielt worden ist, eine Beitragszahlung zur FZR für den 600

Mark übersteigenden Verdienstbestandteil jedoch unterblieben ist.

663 Zeiten, in denen Bezieher von Invalidenrente oder Blinden- und Sonderpflegegeld nach dem bis Dezember 1991 geltenden DDR-Rentenrecht neben der Rente oder dem Blinden- und Sonderpflegegeld eine Beschäftigung ausgeübt haben, wurden bei der Berechnung der ab dem 65. Lebensjahr folgenden Altersrente zunächst nicht als rentenerhöhende Beitragszeiten berücksichtigt. Dies folgte daraus, dass nach DDR-Recht für die Zeit des Rentenbezugs für den Beschäftigten Beitragsfreiheit bestanden hat und nur der Beitragsanteil des Arbeitgebers zur Sozialpflichtversicherung zu zahlen war. Besonders nachteilig hat sich dies bei Personen ausgewirkt, die – vor Einführung des einheitlichen Beitragsrechts in den neuen Bundesländern ab 1. Januar 1992 – eine Beschäftigung noch nach Vollendung des 55. Lebensjahres ausgeübt haben, weil diese Zeit auch nicht als Anrechnungszeit wegen Rentenbezugs in die Berechnung der Altersrente Eingang gefunden hatte.

664 Mit dem Gesetz zur Zahlbarmachung von Renten aus Beschäftigungen in einem Ghetto und zur Änderung des SGB VI ist dieser rentenrechtliche Nachteil für die ehemaligen Bezieher von Invalidenrenten oder Blinden- und Sonderpflegegeld nach dem Recht der ehemaligen DDR bei der Rentenberechnung beseitigt worden. Beschäftigungszeiten neben dem Bezug einer Invalidenrente oder von Blinden- und Sonderpflegegeld nach DDR-Recht vor Erreichen der Altersgrenze werden nun als Beitragszeiten anerkannt. Damit sind die Nachteile beseitigt, die sich aus der besonderen Beitragsfreiheit nach dem Recht der DDR bei der Berechnung der Altersrente ergeben hatten. Die Regelung findet auch Anwendung auf die Fälle, in denen bei Verkündung des Gesetzes die Rente bereits begonnen hat. Diese Rentner können eine Neufeststellung ihrer Altersrente bei dem für sie zuständigen Rentenversicherungsträger beantragen.

665 Wenn der Versicherte nicht nur den über die bestehenden Versicherungsmöglichkeiten hinausgehenden Verdienst, sondern den insgesamt erzielten Verdienst nicht nachweisen kann, z. B. weil er seinen Sozialversicherungsausweis verloren hat, so ist ihm auch hier die Möglichkeit der Glaubhaftmachung eröffnet. In diesem Fall wird der Rentenberechnung allerdings nicht das vom Versicherten angegebene Arbeitsentgelt, sondern ein Entgelt zugrunde gelegt, dass einem umfangreichen Tabellenwerk entnommen

wird. Das Tabellenwerk ordnet Entgelte für jedes Kalenderjahr ab 1950 nach fünf Qualifikationsgruppen und in jeweils 23 Wirtschaftsbereiche unterteilend zu. Die Tabellenwerte geben dabei die tatsächliche Entgeltsituation in einer typisierenden Betrachtung wieder. Das für die Rentenberechnung maßgebende Entgelt wird ermittelt, indem die vom Versicherten ausgeübte Beschäftigung einem der 23 Wirtschaftsbereiche und der Versicherte einer der fünf Qualifikationsgruppen zugeordnet wird.

### Die fünf Qualifikationsgruppen

- Qualifikationsgruppe 1:  
Hochschulabsolventen
- Qualifikationsgruppe 2:  
Fachschulabsolventen
- Qualifikationsgruppe 3:  
Meister
- Qualifikationsgruppe 4:  
Facharbeiter
- Qualifikationsgruppe 5:  
Angelernte und ungelernete Tätigkeiten

### Wirtschaftsbereiche

- Energie- und Brennstoffindustrie
- Chemische Industrie
- Metallurgie
- Baumaterialienindustrie
- Wasserwirtschaft
- Maschinen- und Fahrzeugbau
- Elektrotechnik/Elektronik/Gerätebau
- Leichtindustrie (ohne Textilindustrie)
- Textilindustrie
- Lebensmittelindustrie
- Bauwirtschaft
- Sonstige produzierende Bereiche
- Produzierendes Handwerk
- Land- und Forstwirtschaft
- Verkehr
- Post- und Fernmeldewesen
- Handel

- Bildung, Gesundheitswesen, Kultur und Sozialwesen
- Wissenschaft, Hoch- und Fachschulwesen
- Staatliche Verwaltung und Gesellschaftliche Organisationen
- Sonstige nicht produzierende Bereiche
- Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften
- Produktionsgenossenschaften des Handwerks

### Vertrauensschutz für Übersiedler

666 Für Versicherte, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt am 18. Mai 1990 – dem Tag der Unterzeichnung des Staatsvertrages zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Herstellung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion – im Gebiet der alten Bundesrepublik hatten und vor dem 1. Januar 1937 geboren sind, wird bei der Ermittlung der Entgeltpunkte aus Beschäftigungszeiten in den neuen Bundesländern nicht das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt für die in der ehemaligen DDR bis zum 18. Mai 1990 zurückgelegten Zeiten, sondern die sich bei Anwendung des Fremdrentenrechts ergebenden Entgelte berücksichtigt. Das Fremdrentenrecht ordnet den in der ehemaligen DDR zurückgelegten Beschäftigungszeiten mit Hilfe von Tabellenwerten Entgelte zu, die Versicherte in vergleichbaren Beschäftigungen in der alten Bundesrepublik durchschnittlich verdient haben. Bei dieser Regelung handelt es sich um eine Vertrauensschutzregelung für Versicherte, die vor Beginn des Einigungsprozesses aus der DDR in die Bundesrepublik übersiedelt sind und die zum Zeitpunkt der Rentenleitung bereits den rentennahen Geburtsjahrgängen angehört haben. Für diesen Personenkreis soll es bei der alten Rechtslage verbleiben.

### Freiwillige Beiträge nach der Verordnung vom 28. Januar 1947

667 Nach der Verordnung über die freiwillige und zusätzliche Versicherung in der Sozialversicherung in der früheren DDR bestand ab dem 1. Februar 1947 die Möglichkeit, freiwillige Beiträge zu zahlen. Den nach dieser Verordnung gezahlten Beiträgen sind für die Ermittlung von Entgeltpunkten in einer Tabelle (Anlage 11 zum SGB VI) jeweils Entgelte zugeordnet. Für die Zeit ab dem 1. Januar 1962 muss jedoch mindestens ein Beitrag in Höhe von 15 Mark/Monat gezahlt worden sein, um ein entsprechendes Entgelt zuordnen zu können. Denn Beiträge unter 15 Mark/



Monat stellen ab dieser Zeit einen Beitragswert dar, der geringer ist als ein entsprechend den Regelungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ermittelter Mindestbeitrag. Beiträge unter 15 Mark ab 1962 sind damit jedoch nicht verfallen; sie werden als Höherversicherungsbeiträge behandelt. Dies bedeutet, dass sie je nach Alter des Versicherten im Zeitpunkt der Beitragszahlung die Rente um einen bestimmten Betrag erhöhen, der allerdings nicht der Rentenanpassung unterliegt.

**Verdienst für freiwillige Beiträge nach der Verordnung vom 28. Januar 1947**

Monatsbeitrag in Mark	entsprechender Verdienst im Zeitraum	
	1. Februar 1947 bis 31. Dezember 1961	1. Januar 1962 bis 31. Dezember 1990
03	015	keine Beitragszeit,
06	030	sondern Beiträge
09	045	zur
12	060	Höherversicherung
15	075	075
18	090	090
21	105	105
24	120	120
27	135	135
30	150	150
36	180	180
42	210	210
48	240	240
54	270	270
60	300	300

**Freiwillige Beiträge nach der Verordnung vom 15. März 1968**

668 Auch aus den Beiträgen, die aufgrund der Verordnung vom 15. März 1968 über die freiwillige Versicherung auf Zusatzrente bei der Sozialversicherung gezahlt worden sind, werden Entgeltpunkte ermittelt. Als versichertes Entgelt wird das Zehnfache der gezahlten Beiträge zugrunde gelegt.

**Entgeltpunkte bei verminderter Erwerbsfähigkeit vor Erfüllung der Voraussetzungen für einen Anspruch auf voller Erwerbsminderungsrente**

669 Bei voll Erwerbsgeminderten, bei denen die volle Erwerbsminderung bereits vor Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung eingetreten war und die seither ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, wird die Zeit des gewöhnlichen Aufenthalts in den neuen Bundesländern in der Zeit vom 1. Januar 1975 bis zum 31. Dezember 1991 nach dem vollendeten 16. Lebensjahr als Pflichtbeitragszeit anerkannt. Sie wird mit 75% des jeweiligen

Durchschnittsverdienstes bewertet. Damit werden voll Erwerbsgeminderte in den neuen Bundesländern den behinderten Menschen in den alten Bundesländern gleich gestellt, die in einer Werkstätte für behinderte Menschen beschäftigt gewesen sind.

670 Diese Regelung ist vor allem im Hinblick auf den Anspruch für eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von Bedeutung. Denn ein Anspruch auf diese Rente besteht auch für Versicherte, bei denen die Invalidität bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (60 Beitragsmonate) eingetreten ist und die die 20jährige Wartezeit (240 Beitragsmonate) erfüllt haben. Für einen Behinderten, der aufgrund dieser Regelung (16 Jahre) und aufgrund einer Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (für vier Jahre) insgesamt 20 Beitragsjahre zurückgelegt hat, ergibt sich (einschließlich der anzurechnenden Zurechnungszeiten) auf der Grundlage des derzeit für die neuen Bundesländer maßgebenden aktuellen Rentenwerts eine Rente von fast 680 Euro.

**Entgeltpunkte für Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- bzw. Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR**

671 In der ehemaligen DDR existierte eine Vielzahl so genannter Zusatz- und Sonderversorgungssysteme, die an die dort Versicherten zusätzliche Leistungen zur Rente aus der Sozialpflichtversicherung bzw. Leistungen anstelle von Renten aus der Sozialversicherung erbrachten. Nach den Vorgaben des Einigungsvertrages waren die in diesen Systemen erworbenen Ansprüche und Anwartschaften in die gesetzliche Rentenversicherung zu überführen. Dies ist durch das Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) geschehen.

**Zusatzversorgungssysteme der ehemaligen DDR**

1. Zusätzliche Altersversorgung der technischen Intelligenz, eingeführt mit Wirkung vom 17. August 1950.
2. Zusätzliche Altersversorgung der Generaldirektoren der zentral geleiteten Kombinate und ihnen gleich gestellte Leiter zentral geleiteter Wirtschaftsorganisationen, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1986.
3. Zusätzliche Altersversorgung für verdienstvolle Vorsitzende von Produktionsgenossenschaften und Leiter kooperativer Einrichtungen der Land-

- wirtschaft, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1988.
4. Altersversorgung der Intelligenz an wissenschaftlichen, künstlerischen, pädagogischen und medizinischen Einrichtungen, eingeführt mit Wirkung vom 12. Juli 1951.
  5. Altersversorgung der wissenschaftlichen Mitarbeiter der Akademie der Wissenschaften zu Berlin und der Deutschen Akademie der Landwirtschaftswissenschaften zu Berlin, eingeführt mit Wirkung vom 1. August 1951 bzw. 1. Januar 1952.
  6. Altersversorgung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und anderer Hochschulkader in konfessionellen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1979.
  7. Freiwillige zusätzliche Versorgung für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Hochschulkader in konfessionellen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, eingeführt mit Wirkung vom 1. Juli 1988.
  8. Freiwillige zusätzliche Versorgung für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Hochschulkader in staatlichen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens einschließlich der Apotheker in privaten Apotheken, eingeführt mit Wirkung vom 1. Juli 1988.
  9. Altersversorgung der Ärzte und Zahnärzte in eigener Praxis, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1959.
  10. Altersversorgung der Ärzte und Zahnärzte in privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1959.
  11. Freiwillige zusätzliche Versorgung für Tierärzte und andere Hochschulkader in Einrichtungen des staatlichen Veterinärwesens, eingeführt mit Wirkung vom 1. Juli 1988.
  12. Altersversorgung der Tierärzte in eigener Praxis, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1959.
  13. Zusätzliche Versorgung der künstlerisch Beschäftigten des Rundfunks, Fernsehens, Filmwesens sowie des Staatszirkusses der DDR und des VEB Deutsche Schallplatte, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1986.
  14. Zusätzliche Versorgung der künstlerisch Beschäftigten in Theatern, Orchestern und staatlichen Ensembles, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1986.
  15. Zusätzliche Versorgung für freiberuflich tätige Mitglieder des Schriftstellerverbandes der DDR, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1988.
  16. Zusätzliche Altersversorgung für freischaffende bildende Künstler, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1989.
  17. Zusätzliche Altersversorgung der Ballettmitglieder in staatlichen Einrichtungen, eingeführt mit Wirkung vom 1. September 1976.
  18. Zusätzliche Versorgung der Pädagogen in Einrichtungen der Volks- und Berufsbildung, eingeführt mit Wirkung vom 1. September 1976.
  19. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter des Staatsapparates, eingeführt mit Wirkung vom 1. März 1971.
  20. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der Gesellschaft für Sport und Technik, eingeführt mit Wirkung vom 1. August 1973.
  21. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter gesellschaftlicher Organisationen, eingeführt mit Wirkung vom 1. Januar 1976, für hauptamtliche Mitarbeiter der Nationalen Front ab 1. Januar 1972.
  22. Freiwillige zusätzliche Funktionärsunterstützung für hauptamtliche Mitarbeiter der Gewerkschaft FDGB, eingeführt mit Wirkung vom 1. April 1971.
  23. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der LDPD, eingeführt mit Wirkung vom 1. Oktober 1971.
  24. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der CDU, eingeführt mit Wirkung vom 1. Oktober 1971.
  25. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der DBD, eingeführt mit Wirkung vom 1. Oktober 1971.
  26. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der NDPD, eingeführt mit Wirkung vom 1. Oktober 1971.

27. Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der SED/PDS, eingeführt mit Wirkung vom 1. Oktober 1971.

### Sonderversorgungssysteme der ehemaligen DDR

1. Sonderversorgung der Angehörigen der Nationalen Volksarmee, eingeführt mit Wirkung vom 1. Juli 1957.
2. Sonderversorgung der Angehörigen der Deutschen Volkspolizei, der Organe der Feuerwehr und des Strafvollzugs, eingeführt mit Wirkung vom 1. Juli 1954.
3. Sonderversorgung der Angehörigen der Zollverwaltung der DDR, eingeführt mit Wirkung vom 1. November 1970.
4. Sonderversorgung der Angehörigen des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für Nationale Sicherheit, eingeführt mit Wirkung vom 1. März 1953.

672 Die Zeiten, die in einem Zusatz- bzw. Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR zurückgelegt worden sind, gelten als Pflichtbeitragszeiten der Rentenversicherung. Dabei ist unwesentlich, ob nach dem Recht der ehemaligen DDR bei Eintritt des Rentenfalles ein Versorgungsanspruch bestanden hätte oder ob diese Zeiten in der Rentenversicherung hätten berücksichtigt werden können. Als in einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem zurückgelegte Zeiten gelten auch in der Sozialpflichtversicherung und in der FZR zurückgelegte Zeiten, wenn in diesen Zeiten eine Tätigkeit ausgeübt wurde, die bei früherer Schaffung eines Versorgungssystems in diesem System zurückgelegt worden wäre. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind sogar die Zeiten einer Beschäftigung als in einem Zusatz- bzw. Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR zurückgelegte Zeiten zu behandeln, in denen eine Einbeziehung in einem Zusatz- bzw. Sonderversorgungssystem tatsächlich zwar nicht erfolgt ist, die jeweils ausgeübte Beschäftigung jedoch von solcher Art und Weise war, dass die Voraussetzungen für eine Einbeziehung in das jeweilige Zusatz- bzw. Sonderversorgungssystem generell erfüllt waren. Die grundsätzliche Anwendung der Vorschriften des SGB VI für die nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz anzuerkennenden Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- bzw. Sonderversorgungssystem stellt sowohl die anspruchsbegründende als auch die rentensteigernde Wirkung dieser Zeiten sicher.

673 Bei der Ermittlung der Entgeltpunkte für Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem ist grundsätzlich das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen, und zwar unabhängig davon, ob und in welchem Umfang von dem erzielten Arbeitsentgelt Beiträge zur Sozialpflichtversicherung oder freiwilligen Zusatzrentenversicherung gezahlt worden sind.

674 Entsprechend der Regelung im Einigungsvertrag, wonach überhöhte Leistungen zu begrenzen und ungerechtfertigte Ansprüche zu beseitigen sind, enthielt das Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz zunächst für zahlreiche Personengruppen Regelungen zur Einkommensbegrenzung, nach denen für die Ermittlung der Entgeltpunkte das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt nicht bis zur Beitragsbemessungsgrenze, sondern nur in geringerem Umfang zu berücksichtigen war.

675 Für Angehörige der nachfolgend aufgezählten Zusatz- und Sonderversorgungssysteme waren die Entgelte, die während der Zeit der Zugehörigkeit zu diesen Versorgungssystemen erzielt worden sind und bestimmte Grenzbeträge überschritten hatten, nur in begrenztem Umfang bei der Ermittlung der Entgeltpunkte zu berücksichtigen:

- Zusätzliche Altersversorgung der Generaldirektoren der zentral geleiteten Kombinate und ihnen gleich gestellte Leiter zentral geleiteter Wirtschaftsorganisationen,
- Zusätzliche Altersversorgung für verdienstvolle Vorsitzende von Produktionsgenossenschaften und Leiter kooperativer Einrichtungen der Landwirtschaft,
- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter des Staatsapparates,
  - Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der Gesellschaft für Sport und Technik,
- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter gesellschaftlicher Organisationen,
- Freiwillige zusätzliche Funktionärsunterstützung für hauptamtliche Mitarbeiter der Gewerkschaft FDGB,
- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der LDPD,

- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der CDU,
- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der DBD,
- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der NDPD,
- Freiwillige zusätzliche Altersversorgung für hauptamtliche Mitarbeiter der SED/PDS,
- Sonderversorgung der Angehörigen der Nationalen Volksarmee,
- Sonderversorgung der Angehörigen der Deutschen Volkspolizei, der Organe der Feuerwehr und des Strafvollzugs,
- Sonderversorgung der Angehörigen der Zollverwaltung der DDR und
- Sonderversorgung der Angehörigen des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit.

676 Mit Ausnahme für Zeiten der Zugehörigkeit zum Sonderversorgungssystem der Angehörigen des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit, für die das Gesetz eine besondere Einkommensbegrenzung vorsieht, war bis zum 31. Dezember 1996 eine Begrenzung des für die Ermittlung der Entgeltpunkte zu berücksichtigenden Arbeitsverdienstes vorgesehen, wenn der tatsächlich erzielte Verdienst das 1,4fache des jeweiligen Durchschnittsverdienstes überstieg. Nach der bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Regelung war das für die Ermittlung der Entgeltpunkte zu berücksichtigende Entgelt, um so geringer je höher der tatsächlich erzielte Arbeitsverdienst oberhalb der Einkommensgrenze des 1,4fachen des Durchschnittsverdienstes lag. Für Personen, deren Arbeitsverdienst an oder gar über der Beitragsbemessungsgrenze lag, war mit der Berücksichtigung nur des Durchschnittsentgelts die größtmögliche Einkommensbegrenzung vorgesehen.

677 Das Bundesverfassungsgericht hat diese Regelung der Begrenzung der für die Ermittlung der Entgeltpunkte zu berücksichtigenden Arbeitsverdienste für verfassungswidrig erklärt, weil sie nicht mit dem Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz vereinbar ist (1 BvL 22/95 und 1 BvL 34/95). Zwar stellt es nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ein legitimes Regelungsziel dar, in der DDR erzielte Entgelte von Angehörigen bestimmter Versorgungssysteme und von Inhabern

bestimmter Funktionen bei der Berechnung der Rente unberücksichtigt zu lassen, soweit sie nicht auf Arbeit und Leistung beruhten und deshalb überhöht waren. Allerdings verfehlte die bis zum 31. Dezember 1996 geltende Regelung zur Einkommensbegrenzung dieses Ziel, da für Angehörige der bestimmten Versorgungssysteme nicht gerechtfertigte Einkommensvorteile gegenüber den übrigen volkswirtschaftlichen Bereichen anhand von Arbeitsbewertungen nicht festgestellt werden konnten. Mit den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts vom 28. April 1999 wurde die bis zum 31. Dezember 1996 geltende Regelung zur Einkommensbegrenzung für unwirksam erklärt.

678 Im Zweiten Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes hat der Gesetzgeber insoweit aber von seiner Gestaltungskompetenz Gebrauch gemacht, als er für die Bestandsrenten, die unter Anwendung dieser Regelung zur Einkommensbegrenzung ermittelt worden sind, bestimmt hat, dass Nachzahlungen für die Zeit vor dem 1. Mai 1999 nur in den Fällen erfolgen, in denen der Renten- bzw. Überführungsbescheid aufgrund der Einlegung von Rechtsmitteln bzw. -behelfen noch nicht bestandskräftig geworden war.

679 Mit dem (ersten) Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes wurden die - vom Bundesverfassungsgericht später durch die Urteile vom 28. April 1999 für unwirksam erklärte Regelung zur Einkommensbegrenzung - mit Wirkung vom 1. Januar 1997 an neugefasst. Die Regelung zur Einkommensbegrenzung wurde mit Wirkung ab dem 1. Januar 1997 auf Einkommen von ehemaligen hauptberuflichen Mitarbeitern des Staatssicherheitsdienstes sowie von Personen konzentriert, die in Wahrnehmung besonderer politischer Verantwortung und Mitverantwortung für das politische System der ehemaligen DDR ein hohes Einkommen erzielt haben. Das Änderungsgesetz zieht die Grenze, von der an in der ehemaligen DDR von einer politischen, gesellschaftlichen oder einkommensmäßigen Privilegierung ausgegangen werden muss, bei der Funktion eines Hauptabteilungsleiters im Staatsapparat der ehemaligen DDR. Bei Ausübung einer solchen Funktion oder von Funktionen in bestimmten anderen Bereichen (z. B. bei der NVA, dem Zoll, bei den Parteien und der Volkspolizei der ehemaligen DDR) mit dem Einkommen eines Hauptabteilungsleiters in einem Ministerium hat sich an der sich schon nach

der bisherigen im Gesetz vorgesehenen Einkommensbegrenzung auf das Durchschnittsentgelt nichts geändert. Der Rentenberechnung ist damit für Zeiten einer solchen Beschäftigung weiterhin Einkommen nur in Höhe des jeweiligen Durchschnittsverdienstes zugrunde zu legen.

680 Der tatsächlich erzielte Arbeitsverdienst wird nach dem (ersten) Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes stets auch für die Zeiten auf das jeweilige Durchschnittsentgelt begrenzt, in denen ein Entgelt mindestens in Höhe des Gehalts eines Hauptabteilungsleiters bezogen und eine der folgenden Positionen bekleidet worden ist:

- Betriebsdirektoren, so weit diese Funktion nicht in einem Betrieb ausgeübt wurde, der vor 1972 im Eigentum des Betroffenen stand,
- Fachdirektoren eines Kombinars auf Leistungsebene oder einer staatlich geleiteten Wirtschaftsorganisation,
- Direktoren oder Leiter auf dem Gebiet der Kaderarbeit,
- Sicherheitsbeauftragte oder Inhaber einer entsprechenden Funktion, sofern sich die Tätigkeit nicht auf die technische Überwachung oder die Einhaltung von Vorschriften des Arbeitsschutzes in Betrieben und Einrichtungen der ehemaligen DDR bezog,
- hauptamtliche Parteisekretäre,
- Professoren oder Dozenten in Bildungseinrichtungen der Parteien oder der Gewerkschaft FDGB,
- Richter oder Staatsanwalt.

681 Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 23. Juni 2004 auch die mit dem (ersten) Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes eingeführte Einkommensbegrenzung für die Personen, die in Wahrnehmung besonderer politischer Verantwortung und Mitverantwortung für das politische System der ehemaligen DDR ein besonders hohes Einkommen erzielt haben, für verfassungswidrig erklärt, weil auch diese Einkommensbegrenzung nicht mit dem Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz vereinbar ist. Dem Gesetzgeber war vom Bundesverfassungsgericht aufgegeben worden, bis

zum 30. Juni 2004 eine mit dem Gleichheitsgebot des Artikels 3 Grundgesetz vereinbare Einkommensbegrenzungsregelung zu schaffen. Für den Fall, dass der Gesetzgeber innerhalb dieser Frist keine Neuregelung trifft, hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die mit dem (ersten) Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes eingeführten Regelungen zur Einkommensbegrenzung nichtig werden und damit keine Anwendung mehr finden dürfen. Wäre die Nichtigkeit dieser Einkommensbegrenzungsregelung eingetreten, so hätte dies bedeutet, dass mit Ausnahme der für Angehörige der ehemaligen Sonderversorgung des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für Nationale Sicherheit weiterhin bestehenden – vom Bundesverfassungsgericht als zulässig erachteten – Begrenzung des für die Rentenberechnung maßgebenden Entgelts auf die Höhe des Durchschnittsverdienstes alle übrigen Einkommensbegrenzungen aufgehoben worden wären.

681a Die Nichtigkeit der vom Bundesverfassungsgericht aufgehobenen Einkommensbegrenzungsregelung wäre somit auch mit deutlichen Rentensteigerungen für solche Personen in leitenden Funktionen der ehemaligen DDR verbunden gewesen, die in ihrer herausgehobenen Funktion im Partei- und Staatsapparat gegenüber dem Ministerium für Staatssicherheit sowie dem Amt für Nationale Sicherheit Weisungen erteilen konnten. Dies hätte im Hinblick auf die vom Bundesverfassungsgericht als verfassungsgemäß bestätigte Entgeltbegrenzung für Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit und des Amtes für Nationale Sicherheit zu einem rechtlichen sowie sozialpolitischen Widerspruch geführt. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollte die Begrenzung des für die Rentenberechnung maßgebenden Entgelts auf das Durchschnittsentgelt weiterhin für diejenigen Personen Fortbestand haben, die in ihrer herausgehobenen Funktion dem Ministerium für Staatssicherheit sowie dem Amt für Nationale Sicherheit gegenüber rechtlich oder faktisch weisungsbefugt waren bzw. auf den höchsten Ebenen des so genannten Kadernomenklatursystems der ehemaligen DDR Teil eines Gesamtkonzepts der Selbstprivilegierung innerhalb des Staates waren. Nach dem Ersten Gesetz zur Änderung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes vom 21. Juni 2005 gilt die Begrenzung des für die Rentenberechnung maßgebenden Entgelts auf das Durchschnittsentgelt z. B. weiterhin für Zeiten, in denen Personen Mitglied im Politbüro der SED, Ge-



neralsekretär oder Abteilungsleiter im Zentralkomitee der SED, Minister oder stellvertretender Minister, Vorsitzender des Staatsrates oder Ministerrates oder Staatsanwalt in den vom Ministerium für Staatssicherheit sowie dem Amt für Nationale Sicherheit durchzuführenden Ermittlungsverfahren waren. Für die übrigen bisher unter die Begrenzungsregelung fallenden Personengruppen ist die vom Bundesverfassungsgericht aufgehobene Begrenzungsregelung entfallen. Für sie werden nun die erzielten Entgelte bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze bei der Rentenberechnung berücksichtigt.

682 Auch nach In-Kraft-Treten des (ersten) Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes am 1. Januar 1997 war es zunächst dabei geblieben, dass für Zeiten der Zugehörigkeit zum Sonderversorgungssystem der Angehörigen des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit bzw. des Amtes für Nationale Sicherheit – wie schon nach der bis zum 31. Dezember 1996 geltenden Regelung – höchstens ein Entgelt in Höhe von 70% des Durchschnittsverdienstes bei der Rentenberechnung zugrunde gelegt werden sollte. In den am 28. April 1999 verkündeten Entscheidungen (1 BvL 11/94, 1 BvL 33/95, 1 BvR 1560/97) hat das Bundesverfassungsgericht diese für die Angehörigen des Sonderversorgungssystems des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit bzw. des Amtes für Nationale Sicherheit vorgesehene Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Entgelte wegen Verstoßes gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz in Artikel 3 Abs. 1 GG für nichtig erklärt. Da nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts für diesen Personenkreis eine Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Entgelte auf 100% des Durchschnittsverdienstes mit Artikel 3 Abs. 1 GG jedoch vereinbart werden kann, ist aufgrund der vorgenannten Entscheidungen seit dem 28. April 1999 diese Einkommensbegrenzung maßgebend.

### **Getrennte Ermittlung der Entgeltpunkte für Versicherungszeiten in den alten und neuen Bundesländern**

683 Da bis zur Herstellung einheitlicher Einkommensverhältnisse für die alten und die neuen Bundesländer unterschiedliche aktuelle Rentenwerte (aktueller Rentenwert -West- und aktueller Rentenwert -Ost-) zu ermitteln sind, ist auch eine nach Beschäftigungszeiten in den alten und neuen Bundesländern getrennte Ermittlung von Entgeltpunkten erforderlich. Die auf rentenrechtlichen Zeiten in den neuen

Bundesländern beruhenden Entgeltpunkte werden grundsätzlich als Entgeltpunkte (Ost) gekennzeichnet. Den bis zum 18. Mai 1990 in den neuen Bundesländern zurückgelegten Beschäftigungszeiten werden jedoch dann Entgeltpunkte (West) zugeordnet, wenn der Versicherte am 18. Mai 1990 seinen gewöhnlichen Aufenthalt in den alten Bundesländern gehabt hat. Auch hierbei handelt es sich um eine Vertrauensschutzregelung für diejenigen, die zu einem Zeitpunkt in die alten Bundesländer übersiedelt sind, als die in der ehemaligen DDR zurückgelegten Beitragszeiten rentenrechtlich noch dem Fremdenrentenrecht zuzurechnen waren.

684 Sind Beitragszeiten sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern zurückgelegt worden, werden die für beitragsfreie Zeiten nach der Gesamtleistungsbewertung ermittelten Entgeltpunkte sowie der für beitragsgeminderte Zeiten ermittelte Zuschlag an Entgeltpunkten in dem Verhältnis als Entgeltpunkte (Ost) berücksichtigt, in dem die für die Ermittlung des Gesamtleistungswertes zugrunde gelegten Entgeltpunkte (Ost) – also alle Entgeltpunkte aus den in den neuen Bundesländern zurückgelegten Beitrags- und Berücksichtigungszeiten – zu allen zugrunde gelegten Entgeltpunkten stehen. Die Entgeltpunkte (Ost) werden mit dem aktuellen Rentenwert (Ost) und die Entgeltpunkte (West) werden mit dem aktuellen Rentenwert (West) vervielfältigt. Die Summe beider Teilmonatsbeträge (West und Ost) ergibt den monatlichen Rentenbetrag.

### **Die Umwertung der am 31. Dezember 1991 in den neuen Bundesländern gezahlten Renten**

685 Die am 31. Dezember 1991 gezahlten Renten sind nicht nach dem am 1. Januar 1992 geltenden Rentenrecht des SGB VI neu berechnet worden. Dies war bei fast 4 Mio. am 31. Dezember 1991 gezahlten Renten nicht möglich. Darüber hinaus befanden sich die hierfür erforderlichen Daten nicht bei den Rentenunterlagen. Selbst bei Nachforschungen wären sie häufig nicht mehr aufzufinden gewesen. Daher hätte ein Neufeststellungsverfahren Jahre gedauert und zu unvermeidbaren Verzögerungen bei der Feststellung und Bewilligung der ab Januar 1992 zugehenden Renten geführt.

686 In einem Verfahren, das den bei den Rentenversicherungsträgern vorhandenen Unterlagen Rechnung getragen hat, ist aus den Daten über Arbeitsjahre und Durchschnittseinkommen ein den Grundsätzen des SGB VI entsprechender anpassungsfähiger Ren-



tenbetrag ermittelt worden, der in vollem Umfang den Rentenanpassungen unterliegt. Zunächst wurde festgestellt, wie viele Versicherungsjahre der Rente zugrunde gelegen haben; dabei wurden überhöhte Zurechnungszeiten, wie z. B. über das 55. Lebensjahr hinaus berücksichtigte Zurechnungszeiten wegen Invalidität, gekürzt. In einem zweiten Schritt wurde das individuelle Durchschnittseinkommen ermittelt, das der jeweiligen Rentenberechnung zugrunde gelegen hat. Dabei wurde auch das in der Freiwilligen Zusatzrentenversicherung über 600 Mark versicherte Arbeitseinkommen berücksichtigt. Das ermittelte, individuell versicherte Durchschnittseinkommen des Rentners wurde in das Verhältnis zum allgemeinen Durchschnittseinkommen gesetzt, das in dem 20-Jahreszeitraum erzielt wurde, der für die Ermittlung des individuellen Durchschnittseinkommens nach (DDR-)Rentenrecht herangezogen worden ist. Aus dem so gebildeten Verhältnis von individuellem Durchschnittseinkommen und allgemeinem Durchschnittseinkommen im maßgebenden 20-Jahreszeitraum sind die für jedes Arbeitsjahr zugrunde zu legenden Entgeltpunkte ermittelt worden.

### **Besitzschutz für Rentner in den neuen Bundesländern, die bereits am 31. Dezember 1991 eine Rente bezogen haben**

687 Wenn sich nach der Umwertung eine Differenz zwischen dem ermittelten anpassungsfähigen Teil der Rente und dem bisherigen Zahlbetrag ergeben hat, ist dieser Differenzbetrag als so genannter Auffüllbetrag weitergezahlt worden. Der Auffüllbetrag wird seit dem 1. Januar 1996 an bei jeder Rentenanpassung um ein Fünftel des Auffüllbetrages, mindestens jedoch um 20 DM (ab dem Jahr 2002 um 10,23 Euro) vermindert. Die Verminderung darf jedoch nicht zu einem Unterschreiten des bisherigen Zahlbetrags der Rente führen. Sollte nach fünf Rentenanpassungen noch ein restlicher Auffüllbetrag verblieben sein, wird dieser bei den folgenden Rentenanpassungen abgeschmolzen. Maßgeblich für die Entscheidung, mit der Abschmelzung des Auffüllbetrages erst ab dem Jahr 1996 zu beginnen, war, möglichst vielen Rentnern in der schwierigen Phase der Umstellung eine Dynamisierung ihrer Rente zugute kommen zu lassen. Eine zeitlich unbegrenzte Fortzahlung der vollen Auffüllbeträge wäre jedoch mit dem Gleichbehandlungsgebot nicht zu vereinbaren gewesen. Am 1. Juli 2005 wurden noch in rd. 439.000 Fällen zusätzlich zur dynamischen Rente nach dem SGB VI Auffüllbeträge gezahlt. Ihre durchschnittliche Höhe belief sich bei Männern auf 123,55 Euro bei Bezug

einer Rente aus eigener Versicherung und auf 24,08 Euro bei Bezug einer Witwenrente sowie bei Frauen auf 87,88 Euro bei Bezug einer Rente aus eigener Versicherung und auf 46,18 Euro bei Bezug einer Witwenrente.

### **Neufeststellung der am 31. Dezember 1991 gezahlten Renten von ehemaligen Angehörigen der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme der DDR**

688 Die Neufeststellung der am 31. Dezember 1991 an ehemalige Angehörige der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme gezahlten Renten ist zunächst nicht in dem vorstehend beschriebenen pauschalen Umwertungsverfahren erfolgt. Diese Renten sind auf der Grundlage der besonderen Regelungen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes neu berechnet worden. In seinen Entscheidungen vom 28. April 1999 hatte das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber vorgegeben, dass den Rentnern, die einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR angehört haben und am 31. Dezember 1991 bereits eine Rente bezogen haben, die im Regelfall günstige Ermittlung des Rentenzahlbetrags auf der Grundlage der letzten 20 (besten) Versicherungsjahre – wie sie für die nicht ehemals zusatz- oder sonderversorgten Rentner vorgesehen ist – nicht vorenthalten werden darf. Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes wurde daher bestimmt, dass die Renten von ehemals zusatz- oder sonderversorgten Personen, die bereits im Dezember 1991 gezahlt worden sind, sowohl – wie schon bisher vorgesehen – auf der Grundlage der während der gesamten Versicherungszeit erzielten Verdienste, als auch auf der Grundlage der Verdienste der letzten 20 Jahre des Arbeitslebens berechnet werden. Die jeweils höhere Rente wird gezahlt. Für die Erstellung der Rentenfeststellung auf der Grundlage der Verdienste der letzten 20 Jahre des Arbeitslebens nutzen die Rentenversicherungsträger den bereits im Rahmen der Kontenklärung und der zum 1. Januar 1992 vorgenommenen Neuberechnung der Rente erstellten Datenbestand.

### **Besitzschutz für Rentner, die ehemals Zusatz- oder Sonderversorgungssystemen der DDR angehört haben und am 31. Dezember 1991 bereits Renten bezogen haben**

689 Hatte die nach den Vorschriften des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vorgenommene Neube-

rechnung der Rente bzw. die auf der Grundlage der Verdienste der letzten 20 Jahre des Arbeitslebens vorgenommene Neufeststellung des anpassungsfähigen Rentenzahlbetrags einen geringeren Zahlbetrag als den vor der Rentenüberleitung im Dezember 1991 gezahlten (Gesamt-) Zahlbetrag ergeben, wird der Unterschiedsbetrag zwischen dem im Dezember 1991 gezahlten Gesamtbetrag und der nach dem SGB VI berechneten Rente bzw. auf der Grundlage der 20-Jahreszeitraumberechnung neu festgestellten Rente aus Besitzschutzgründen weitergezahlt. Die auf die anpassungsfähige Rente nach dem SGB VI entfallenden Anpassungsbeträge werden auf die besitzschützende Leistung angerechnet.

690 In den am 28. April 1999 verkündeten Entscheidungen (1 BvR 1926/96, 1 BvR 485/97) hat das Bundesverfassungsgericht aus Gründen des verfassungsrechtlich gebotenen Eigentumsschutzes darüber hinaus bestimmt, dass der nach dem Einigungsvertrag garantierte Zahlbetrag für Rentner, die Zusatz- oder Sondernversorgungssystemen angehört haben, ab dem 1. Januar 1992 an die Lohn- und Einkommensentwicklung anzupassen ist. Diese Vorgabe hat das Bundessozialgericht in einer Entscheidung vom 3. August 1999 dahingehend umgesetzt, dass die zusätzlich zum anpassungsfähigen Rentenzahlbetrag gezahlte besitzschützende Leistung im Unterschied zum anpassungsfähigen Rentenzahlbetrag nicht nach den entsprechend der jeweiligen für den aktuellen Rentenwert (Ost) maßgebenden Veränderungsdaten, sondern entsprechend den niedrigeren Veränderungsdaten für den aktuellen Rentenwert (West) zu dynamisieren ist. Diese Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist vom Gesetzgeber mit dem Zweitem Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes formell-gesetzlich bestätigt worden.

### **Begrenzung der Zahlbeträge bei Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sondernversorgungssystem**

691 Für Personen, die aus Besitzschutzgründen neben der nach dem SGB VI berechneten Rente zusätzliche Leistungen aufgrund ihrer früheren Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sondernversorgungssystem erhalten (Rdnr. 689), ist eine Begrenzung des (Gesamt-) Zahlbetrages vorgesehen. Seit dem 1. August 1991 gelten für Bezieher von zusätzlichen Besitzschutzleistungen wegen früherer Zugehörigkeit zu einem Sondernversorgungssystem (Ausnahme: Zugehörigkeit zum Sondernversorgungssystem für ehemalige

Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit) bzw. wegen früherer Zugehörigkeit zu den Zusatzversorgungssystemen Nummern 2 und 3 sowie Nummern 19 bis 27 (Rdnr. 671) folgende Begrenzungen der Zahlbeträge:

- für Versichertenrenten 2.010 DM (ab Januar 2002: 1027,70 Euro)\*,
- für Witwen- und Witwerrenten 1.206 DM (ab Januar 2002: 616,62 Euro)\*,
- für Vollwaisenrenten 804 DM\*, (ab Januar 2002: 411,08 Euro)\*,
- für Halbwaisenrenten 603 DM\* (ab Januar 2002: 308,31 Euro)\*.

\* jeweils unter Berücksichtigung der sich nach dem SGB VI ergebenden dynamischen Rente

692 Das Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz hatte in seiner ursprünglichen Fassung nicht nur für die Besitzschutzleistungen der vorstehend genannten Zusatz- und Sondernversorgungssysteme, sondern auch für die Besitzschutzleistungen aufgrund einer früheren Zugehörigkeit zu den übrigen Zusatzversorgungssystemen die gleichen Zahlbetragsbegrenzungen vorgesehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts war die einheitliche Behandlung aller ehemaligen Angehörigen von Zusatz- und Sondernversorgungssystemen bei der Zahlbetragsbegrenzung jedoch unzulässig. Vielmehr war nach Auffassung des Bundessozialgerichts eine Differenzierung danach vorzunehmen, ob bereits nach dem noch von der DDR-Volkskammer mit dem Rentenangleichungsgesetz modifizierten (DDR-) Rentenrecht eine Zahlungsbegrenzung wegen früherer Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sondernversorgungssystem vorgesehen war. Durch das Rentenüberleitungs-Ergänzungsgesetz wurden daher für die Besitzschutzleistungen wegen früherer Zugehörigkeit zu den Zusatzversorgungssystemen Nr. 1 bzw. Nummern 4 bis 18 (Rdnr. 671), für die nach dem (DDR-) Rentenrecht eine Zahlbetragsbegrenzung noch nicht vorgesehen war, folgende – zum Teil höhere – Zahlbetragsbegrenzungen rückwirkend zum 1. August 1991 eingeführt:

- für Versichertenrenten 2.700 DM\*,
- für Witwen- und Witwerrenten 1.620 DM\*,
- für Vollwaisenrenten 804 DM\*,
- für Halbwaisenrenten 603 DM\*.

\* jeweils unter Berücksichtigung der sich nach dem SGB VI ergebenden dynamischen Rente

693 In den am 28. April 1999 verkündeten Entscheidungen (1 BvL 32/95, 1 BvR 2105/97) hat das Bundesverfassungsgericht diese – erstmals durch den bundesdeutschen Gesetzgeber vorgenommenen – Zahlbetragsbegrenzungen für ehemalige Angehörige der Zusatzversorgungssysteme Nummer 1 bzw. Nummern 4 bis 18 (Rdnr. 671) für nichtig erklärt, da sie gegen die auf den Besitzschutzbetrag anzuwendende grundgesetzliche Eigentumsgarantie verstoßen. Seit dem 28. April 1999 darf somit eine Begrenzung des Gesamtzahlbetrags auf die in Rdnr. 692 aufgeführten Begrenzungsbeträge nicht mehr vorgenommen werden. Dagegen kann nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts die noch von der DDR-Volkskammer bestimmte Begrenzung des Gesamtzahlbetrags für Rentner, die einem Sonderversorgungssystem oder den Zusatzversorgungssystemen Nummern 2 und 3 sowie Nummern 19 bis 27 (Rdnr. 671) angehört haben, nicht als verfassungswidrig angesehen werden, so dass diese Zahlbetragsbegrenzungen auch nach dem 28. April 1999 gültig geblieben sind.

694 Für Bezieher von Renten, die dem Sonderversorgungssystem für ehemalige Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit/Amt für nationale Sicherheit angehört haben, waren mit dem Renten-Überleitungsgesetz folgende besondere Begrenzungen für den Besitzgeschützten (Gesamt-)Zahlbetrag festgelegt worden:

- für Versichertenrenten 802 DM\*,
- für Witwen- und Witwerrenten 481 DM\*,
- für Vollwaisenrenten 321 DM\*,
- für Halbwaisenrenten 241 DM\*.

\* jeweils unter Berücksichtigung der sich nach dem SGB VI ergebenden dynamischen Rente

Diese Zahlbetragsbegrenzungen sind nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts nichtig. Dagegen ist die noch von der DDR-Volkskammer für diesen Personenkreis bestimmte Begrenzung des Gesamtzahlbetrags (auf 990 Mark für Versichertenrenten, 594 Mark für Witwen- und Witwerrenten) wirksam geblieben und daher auch heute noch anzuwenden. Seit Januar 2002 beträgt damit die Zahlbetragsbegrenzung für Bezieher von Renten, die dem Sonderversorgungssystem für ehemalige Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit/Amt für nationale Sicherheit angehört haben,

506,18 Euro bei Versichertenrenten bzw. 303,71 Euro bei Witwen- oder Witwerrenten.

### Vertrauensschutzregelungen

695 Für Versicherte in den neuen Bundesländern besteht Anspruch auf eine Vergleichsrente nach dem am 31. Dezember 1991 in den neuen Bundesländern geltenden Rentenrecht, wenn sie

- die Anspruchsvoraussetzungen nach diesem Recht bis zum 31. Dezember 1996 erfüllt haben,
- am 18. Mai 1990 ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der ehemaligen DDR einschließlich Berlin (Ost) hatten und
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben.

Für alle Versicherten, die diese Voraussetzungen erfüllen und deren Rente bis zum 31. Dezember 1996 begonnen hatte, haben die Rentenversicherungsträger zwei Renten berechnet; zunächst die Rente nach den Bestimmungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung aller hier vorgesehenen, besonderen Übergangsregelungen für Versicherte in den neuen Bundesländern und anschließend in einem zweiten Rentenberechnungsvorgang die Rente, die sich nach Anwendung des am 31. Dezember 1991 in den neuen Bundesländern geltenden Rentenrechts ergeben hätte. Das ehemalige Rentenrecht der DDR in seiner am 31. Dezember 1991 geltenden Fassung ist zu diesem Zweck in einem eigenständigen Artikel des Renten-Überleitungsgesetzes (Artikel 2 Übergangsrecht für Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets) zusammengefasst worden.

696 War die nach dem SGB VI berechnete Rente niedriger als die nach dem Übergangsrecht für Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets ermittelte Rente, wurde bei Rentenbeginn in den Jahren 1992 und 1993 ein Rentenzuschlag in Höhe der Differenz der nach dem SGB VI berechneten Rente und der nach dem Übergangsrecht für Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets ermittelten Rente geleistet. Dieser Rentenzuschlag wird erst seit dem 1. Januar 1996 stufenweise mit den Rentenerhöhungen verrechnet, die auf die nach dem SGB VI berechnete anpassungsfähige Rente entfallen. Bis zum 31. Dezember 1995 hatte sich somit bei Rentenanpassungen das Gesamtrenteneinkommen stets erhöht.

697 Bei Rentenbeginn in den Jahren 1994, 1995 und 1996 wird ein festgestellter Unterschiedsbetrag zwi-

schen der höheren Rente nach dem Übergangsrecht für Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets und der nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch berechneten Rente solange als Übergangszuschlag gezahlt, wie die nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch errechnete Rente niedriger ist. Rentenanpassungen haben sich hier also im Ergebnis erst dann in einem höheren Zahlbetrag niedergeschlagen, wenn sie dazu führen, dass die nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch berechnete Rente den Zahlbetrag der Rente nach dem Übergangsrecht für Renten nach den Vorschriften des Beitrittsgebiets überstieg.

698 Im Hinblick darauf, dass das Rentenrecht der früheren DDR eine lohdynamische Anpassung der Renten nicht vorsah, werden weder der Renten- noch der Übergangszuschlag angepasst.

### **Vertrauensschutzregelung bei Zugehörigkeit zu einem ehemaligen Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der DDR**

699 Das Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz hat für diejenigen Versicherten, die in der ehemaligen DDR einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem angehört haben und deren Rente in den Jahren 1992 und 1993 begonnen hat, Anspruch auf eine Vertrauensschutzleistung vorgesehen. Hinterbliebene dieser Rentner erhalten dann eine Vertrauensschutzleistung, wenn der vertrauensschutzberechtigte Rentner vor dem 1. Januar 1997 verstorben ist.

700 Ein Anspruch auf Vertrauensschutzleistung besteht, wenn die nach dem SGB VI ermittelte Rente die (Gesamt-)Versorgungsleistung unterschreitet, die sich nach den zum 1. Juli 1990 maßgebenden leistungsrechtlichen Regelungen des jeweiligen Zusatz- oder Sonderversorgungssystems ergeben hätte. Liegt diese Voraussetzung vor, wird als Vertrauensschutzleistung der Unterschiedsbetrag zwischen der (höheren) Versorgungsleistung nach den zum 1. Juli 1990 maßgebenden Regelungen und der dynamischen, nach dem SGB VI ermittelten Rente gezahlt. Auch für die Vertrauensschutzleistung waren – bis zu den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 28. April 1999 – die im Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz festgesetzten Zahlbetragsbegrenzungen im Falle der Zahlung von Besitzschutzleistungen anzuwenden (2.700 DM bzw. 2.010 DM für Versichertenrenten, 1.620 DM bzw. 1.206 DM für Witwen- und Witwerrenten, 804

DM für Vollwaisenrenten und 603 DM für Halbwaisenrenten). Überstieg der (Gesamt-)Zahlbetrag die vorgenannten Beträge, war er auf die jeweiligen Grenzbeträge zu beschränken.

701 Die auf die dynamische Rente entfallenden Anpassungsbeträge wurden auf die Vertrauensschutzleistung angerechnet. Damit sollte die Vertrauensschutzleistung im Ergebnis solange gezahlt werden, bis die nach dem SGB VI zu leistende Rente die vertrauensgeschützte (Gesamt-)Versorgungsleistung aufgrund der erfolgten Rentenanpassungen erreicht hatte oder überstieg.

702 In den am 28. April 1999 verkündeten Entscheidungen zum Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz hat das Bundesverfassungsgericht zum einen die Zahlbetragsbegrenzungen bei Renten mit Vertrauensschutzleistungen für ehemalige Angehörige der Zusatzversorgungssysteme Nummer bzw. Nummern 4 bis 18 (Rdnr. 671), die erstmals vom gesamtdeutschen Gesetzgeber vorgenommen waren (2.700 DM für Versichertenrenten, 1.620 DM für Witwen- und Witwerrenten) für nichtig erklärt, da sie seiner Auffassung nach gegen die grundgesetzliche Eigentumsgarantie verstießen. Seit dem 28. April 1999 sind die vorgenannten Zahlbetragsbegrenzungen daher auch nicht mehr für Bezieher von Vertrauensschutzleistungen anzuwenden.

703 Ebenso wie für die ehemals zusatz- und sonderversorgten Bestandsrentner (Rdnr. 690) mit Anspruch auf Besitzschutzleistungen hat das Bundesverfassungsgericht zum anderen auch für Bezieher von Vertrauensschutzleistungen die Anpassung des vertrauensgeschützten (Gesamt-)Zahlbetrages an die Lohn- und Einkommensentwicklung für die Zeit ab dem 1. Januar 1992 aus Gründen des verfassungsrechtlich gebotenen Eigentumsschutzes für notwendig erachtet. Wie bei den Zusatzleistungen zur Gewährleistung des Besitzschutzes (bei Rentenbeginn bis Dezember 1991) ist daher mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes vorgesehen worden, dass ebenfalls die zusätzlichen Leistungen zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes entsprechend den Veränderungsraten für den aktuellen Rentenwert (West) dynamisiert werden.

704 Schließlich hat das Bundesverfassungsgericht, gestützt auf die Bestimmungen im Einigungsvertrag – und damit über die Regelung im Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz hinausgehend –,

ebenfalls den Angehörigen der ehemaligen Zusatz- und Sonderversorgungssysteme einen Anspruch auf die Vertrauensschutzleistung zuerkannt, deren Rente in der Zeit vom 1. Januar 1994 bis zum 30. Juni 1995 begonnen hat. Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes hat der Gesetzgeber diese Vorgabe durch das Bundesverfassungsgericht umgesetzt.

## Anpassung der Renten in den neuen Bundesländern

705 Vor Herstellung der Sozialunion war das Nettorentenniveau in der DDR allgemein niedriger und wegen der nicht vorgesehenen jährlichen Anpassung der Renten entsprechend der Lohnentwicklung sank dort das Nettorentenniveau im Laufe der Zeit auch weiter ab. In dem zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR am 18. Mai 1990 geschlossenen Vertrag zur Herstellung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion wurde daher vereinbart, dass im Zuge eines ersten Angleichungsschritts die Renten nach dem Recht der DDR auf ein vergleichbares Nettorentenniveau wie die Renten nach dem Rentenrecht der Bundesrepublik Deutschland (Nettorentenniveau hier: 70%) angehoben werden. Ausgangspunkt für die Angleichung des Nettorentenniveaus, die mit dem noch von der Volkskammer der DDR beschlossenen Rentenangleichungsgesetz vom 28. Juni 1990 erfolgte, war ein durchschnittliches DDR-Nettoarbeitsentgelt im 2. Halbjahr 1990 in Höhe von 960 DM. Danach war für einen Rentner mit 45 Versicherungsjahren und einem in diesen Jahren stets versicherten Durchschnittsentgelt ein Rentenbetrag von 672 DM (70% von 960 DM) festzusetzen, damit am 1. Juli 1990 auch in der DDR ein Nettorentenniveau von 70 v. H. gegeben war. Um diesen Zielwert für das Nettorentenniveau für alle vor dem 1. Januar 1992 begonnenen Renten zu erreichen, war die Erstellung einer Tabelle mit unterschiedlichen Erhöhungssätzen, abhängig vom Jahr des Beginns der Rente und der Anzahl an Versicherungsjahren (z. B., ob der Rente nur 40 oder sogar 49 Versicherungsjahre zugrunde liegen), erforderlich. Aufgrund der Niveauangleichung hatte sich die monatliche Rente zum 1. Juli 1990 an Männer durchschnittlich um rd. 174 DM und an Frauen um durchschnittlich 105 DM erhöht. Vor der Überleitung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch auf die neuen Bundesländer zum 1. Januar

1992 wurden die nach DDR-Recht und dem Rentenangleichungsgesetz ermittelten Renten durch die 1. und 2. Rentenanpassungsverordnung zum 1. Januar 1991 und 1. Juli 1991 jeweils um 15% erhöht.

706 Mit In-Kraft-Treten des Rentenrechts nach dem Sechsten Buches Sozialgesetzbuch werden auch die Renten in den neuen Bundesländer nach der jeweils maßgebenden Anpassungsformel angepasst, allerdings nicht entsprechend der Entwicklung Löhne und Gehälter in den alten Bundesländern, sondern entsprechend der gesondert ermittelten Entwicklung der Löhne und Gehälter in den neuen Bundesländern. Die Erhöhung der Renten bzw. Rentenbestandteile, die aus den in den neuen Bundesländern zurückgelegten Versicherungszeiten beruhen, wird zunächst dadurch erreicht, dass die für Versicherungszeiten in den neuen Bundesländern ermittelten Entgeltpunkte als Entgeltpunkte (Ost) gekennzeichnet und ausgewiesen werden. Der jeweilige Rentenzahlbetrag aus den Entgeltpunkten (Ost) ergibt sich dann, indem diese mit dem aktuellen Rentenwert (Ost) vervielfältigt werden.

707 Der aktuelle Rentenwert (Ost) wurde ermittelt, indem der Betrag einer Rente aus 45 Beitragsjahren mit Durchschnittsverdienst in den neuen Bundesländern im Dezember 1991, erhöht um den ab 1. Januar 1992 von den Rentnern zu tragenden Eigenanteil am Beitrag zur Krankenversicherung, (= 950 DM) durch 45 geteilt worden ist. Vor der zum 1. Januar 1992 vorzunehmenden Anpassung ergab sich danach ein aktueller Rentenwert (Ost) in Höhe von 21,11 DM. Wie für die Renten, die auf Versicherungszeiten in den alten Bundesländern beruhen, erfolgt die Anpassung der Renten aus Beitragszeiten in den neuen Bundesländern durch die Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts (Ost) entsprechend der Lohnentwicklung in den neuen Bundesländern. Seit der Anpassung zum 1. Juli 2003 beträgt der aktuelle Rentenwert (Ost) 22,97 Euro.

708 Mit Einführung des Rentenrechts nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch in den neuen Bundesländern zum 1. Januar 1992 werden auch die auf Entgeltpunkten (Ost) beruhenden Renten entsprechend der Methodik der Rentenanpassungsmechanismen nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch angepasst. Wie in den alten Bundesländern war dabei bis zur Anpassung am 1. Juli 1999 die Entwicklung der Nettolöhne in den neuen Bundesländern (also der Anstieg der Löhne unter Berücksichtigung der Lohnabzugsquote) maßgebend.



709 Im Rahmen der Rentenüberleitung war die Anpassungsformel für die neuen Bundesländer zunächst dahingehend ergänzt worden, dass der aktuelle Rentenwert (Ost) stets auch in dem Maße zu verändern ist, dass sich in den alten und neuen Bundesländern ein gleiches Nettorentenniveau (Verhältnis der Rente aus 45 Beitragsjahren mit Durchschnittsverdienst nach Abzug des Beitrags zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung zum jeweiligen Nettolohn des Durchschnittsverdieners) ergibt. Mit der Umstellung des Rentenanpassungsverfahrens auf die auch bei der Rentenanpassung in den alten Bundesländern maßgebende „ex-post-Betrachtung“ (Entwicklung der Bruttolöhne vom jeweils vorvergangenen zum jeweils vergangenen Kalenderjahr) zum 1. Juli 1996 ist diese Besonderheit bei der Anpassung der Renten in den neuen Bundesländern jedoch entfallen.

710 Das bis zum 1. Januar 1996 von dem Anpassungsverfahren in den alten Bundesländern abweichende Anpassungsverfahren in den neuen Bundesländern war für eine Übergangszeit erforderlich, um der in den neuen Bundesländern erwarteten starken Dynamik der Löhne Rechnung zu tragen und diese Dynamik schnellstmöglich an die Rentner weitergeben zu können. Aber auch nach der Umstellung des Rentenanpassungsverfahrens in den neuen Bundesländern auf dasjenige in den alten Bundesländern hat sich nichts daran geändert, dass die Rentenangleichung dynamisch fortgesetzt wird, indem als Maßstab für die Anpassung der Renten in den neuen Bundesländern weiterhin die dortige Lohnentwicklung (Entgeltentwicklung im vergangenen Jahr gegenüber dem vorvergangenen Jahr) maßgebend bleibt.

711 Im Zuge der Lohnangleichung ergeben sich in den neuen Bundesländern stärkere Lohnsteigerungen als in den alten Bundesländern. Daher sind in der Vergangenheit auch die Renten in den neuen Bundesländern entsprechend stärker gestiegen als in den alten Bundesländern. Dies wird bei einem Vergleich der Rentenanpassungen in den alten und neuen Bundesländern in der Zeit vom 1. Januar 1991 bis zum 1. Juli 2003 deutlich:

### Rentenanpassungen in den neuen Bundesländern

	aktueller Rentenwert(Ost)	
– zum 1.1. 1991	15 %	–
– zum 1.7. 1991	15 %	–
– zum 1.1. 1992	11,65 %	23,57 DM
– zum 1.7. 1992	12,73 %	26,57 DM
– zum 1.1. 1993	6,10 %	28,19 DM

– zum 1.7. 1993	14,12 %	32,17 DM
– zum 1.1. 1994	3,64 %	33,34 DM
– zum 1.7. 1994	3,45 %	34,49 DM
– zum 1.1. 1995	2,78 %	35,45 DM
– zum 1.7. 1995	2,48 %	36,33 DM
– zum 1.1. 1996	4,38 %	37,92 DM
– zum 1.7. 1996	1,21 %	38,38 DM
– zum 1.7. 1997	5,55 %	40,51 DM
– zum 1.7. 1998	0,89 %	40,87 DM
– zum 1.7. 1999	2,79 %	42,01 DM
– zum 1.7. 2000	0,60 %	42,26 DM
– zum 1.7. 2001	2,11 %	43,15 DM
– zum 1.7. 2002	2,89 %	22,70EUR
– zum 1.7. 2003	1,19 %	22,97EUR

### Rentenanpassungen in den alten Bundesländern

	aktueller Rentenwert	
– zum 1. 7. 1991	4,70 %	–
– zum 1. 7. 1992	2,87 %	42,63 DM
– zum 1. 7. 1993	4,36 %	44,49 DM
– zum 1. 7. 1994	3,39 %	46,00 DM
– zum 1. 7. 1995	0,50 %	46,23 DM
– zum 1. 7. 1996	0,95 %	46,67 DM
– zum 1. 7. 1997	1,65 %	47,44 DM
– zum 1. 7. 1998	0,44 %	47,65 DM
– zum 1. 7. 1999	1,34 %	48,29 DM
– zum 1. 7. 2000	0,60 %	48,58 DM
– zum 1. 7. 2001	1,91 %	49,51 DM
– zum 1.7. 2002	2,16 %	25,86EUR
– zum 1.7. 2003	1,04 %	26,13EUR

### Eckrente monatlich (45 Versicherungsjahre, netto)<sup>1)</sup>

Stichtag	verfügbare Eckrente		Verhältniswert der verfügbaren Eckrente in den neuen zu den in den alten Bundesländern (v. H.)
	Alte Bundesländer (DM/ab 2002 in EUR)	Neue Bundesländer (DM/ab 2002 in EUR)	
30.06.90	1615,99	470–602M2)	29,1–37,3
01.07.90	1667,01	672,00	40,3
01.01.91	1667,01	773,00	46,4
01.07.91	1750,96	889,00	50,8
01.01.92	1750,96	992,77	56,7
01.07.92	1798,46	1119,73	62,3
01.01.93	1798,46	1188,00	66,1
01.07.93	1867,92	1357,17	72,7
01.01.94	1867,92	1406,53	75,3
01.07.94	1931,31	1451,17	75,1
01.01.95	1920,96	1483,59	77,2
01.07.95	1932,65	1522,05	78,8
01.01.96	1932,65	1588,66	82,2
01.07.96	1941,59	1597,57	82,3
01.07.97	1973,62	1680,76	85,2
01.07.98	1980,21	1693,86	85,5
01.07.99	2006,81	1741,10	86,8
01.07.00	2019,96	1752,42	86,8
01.07.01	2057,51	1791,27	87,1
01.07.02	1072,35	941,32	87,8



01.07.03	1081,79	950,97	87,9
01.07.04	1071,79	944,24	88,1
01.07.05	1066,06	939,20	88,1

1) Altersrente eines Versicherten mit durchschnittlichem Bruttoarbeitsentgelt und nach 45 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren, nach Abzug der Eigenbeteiligung an der KVdR und der PVdR (Eigenbeteiligung des Rentners an der KVdR im Beitragsgebiet erst ab 01.01.1992, nachdem die Zahlungsbeträge zum gleichen Zeitpunkt im gleichen betragsmäßigen Umfang erhöht wurden)

712 Während die monatliche Nettostandardrente (45 Versicherungsjahre mit Durchschnittsverdienst abzüglich Eigenanteil zur Kranken- und Pflegeversicherung) in den neuen Bundesländern zum 1. Juli 2005 mit 939,20 Euro 88,1% der monatlichen Nettostandardrente in den alten Bundesländern (1.066,06 Euro) erreicht hat, lag die durchschnittliche verfügbare laufende Versichertenrente für Männer und Frauen in den neuen Ländern mit 795 Euro am 1. Juli 2004 bei rd. 114% der vergleichbaren Rente in den alten Bundesländern (921,37 Euro in den neuen Bundesländern und 805,27 Euro in den alten Bundesländern). Getrennt von Männern und Frauen liegt das Verhältnis der durchschnittlichen verfügbaren Versicherungsrenten zum 1. Juli 2004 bei 105,1% für Männer (1.013,34 Euro in den neuen Bundesländern / 963,79 Euro in den alten Bundesländern) und bei 128,2% für Frauen (829,40 Euro in den neuen Bundesländern / 646,74 Euro in den alten Bundesländern).

713 Der Grund für die höheren Rentenleistungen an Versicherte in den neuen Bundesländern ist insbesondere in den geschlossenen Versicherungsbiographien der heutigen Rentnergeneration zu sehen. Den Versichertenrenten an Männer in den neuen Bundesländern liegen im Durchschnitt rd. 46 Versicherungsjahre gegenüber rd. 39 Versicherungsjahren in den alten Bundesländern zugrunde. Bei den Frauen im Gebiet der neuen Bundesländer beläuft sich die Zahl der Versicherungsjahre auf durchschnittlich 33 Jahre gegenüber 25 Versicherungsjahren bei den Frauen in den alten Bundesländern. Diese unterschiedlichen Versicherungsjahre spiegeln die verschiedenen Versicherungsbiographien in Ost und West wieder und sind der Hauptgrund für die höheren durchschnittlichen Rentenleistungen im Gebiet der neuen Bundesländer.

### Die Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert

714 Den Forderungen nach einer sofortigen Anhebung des aktuellen Rentenwerts (Ost) – Stand seit dem 1. Juli 2003: 22,97 Euro – auf die Höhe des

aktuellen Rentenwerts – Stand seit dem 1. Juli 2003: 26,13 Euro – steht die Bestimmung in Artikel 30 Absatz 5 des Einigungsvertrages entgegen, nach der die Überleitung des lohn- und beitragsbezogenen Rentenrechts der alten Bundesländer auf das Gebiet der neuen Bundesländer von der Zielsetzung bestimmt ist, eine Angleichung der aktuellen Rentenwerte mit der Angleichung der Löhne und Gehälter in den neuen Bundesländern an das Lohn- und Gehaltsniveau in den alten Bundesländern zu verwirklichen. Die Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert kann sich somit nur im Einklang mit der Angleichung des Einkommensniveaus in Ostdeutschland an das in Westdeutschland ergeben. Bei einer schnelleren und damit über die Entgeltentwicklung hinausgehenden Angleichung der aktuellen Rentenwerte würden die Renten in den neuen Ländern schneller an das Niveau der alten Länder angeglichen als die Entgelte der Versicherten in den neuen Ländern, die mit ihren Beiträgen die Renten in den neuen Bundesländern mitfinanzieren. Bei einer sofortigen Rentenangleichung der aktuellen Rentenwerte müsste auch das ausgeklügelte System der Rentenberechnung aufgegeben werden, mit dem langfristig das unterschiedliche Lohnniveau in Ost und West für Bestands- und Zugangsrentner generationengerecht ausgeglichen wird. Dieses System sieht folgende Methodik vor:

- In den neuen Bundesländern wird der Arbeitsverdienst mit Umrechnungsfaktoren auf „Westniveau“ hochgerechnet (Rdnr. 654). Dadurch ist gewährleistet, dass der Durchschnittsverdiener in den neuen Bundesländern für ein Jahr ebenso einen Entgeltpunkt erhält wie ein Arbeitnehmer mit Durchschnittsverdienst in den alten Bundesländern.
- Die Summe der Entgeltpunkte (Ost) werden mit dem aktuellen Rentenwert (Ost) vervielfältigt, der seit Juli 2003 zwar nur rd. 88% des aktuellen Rentenwerts (West) entspricht. Der aktuelle Rentenwert (Ost) wird dafür aber entsprechend der höheren Lohnentwicklung (Ost) dynamisiert.

Wenn die Einkommensverhältnisse in den alten und neuen Bundesländern angeglichen sind, werden auch die unterschiedlichen aktuellen Rentenwerte angeglichen sein. Aus einem im Jahr 2006 in den neuen Bundesländern versicherten Entgelt von 24.603 Euro wird eine gleich hohe Rente gezahlt wie aus einem in den alten Bundesländern versicherten Entgelt von 29.304 Euro.

715 Die sofortige Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert (West) würde auch die Hochwertung der tatsächlich noch niedrigeren Verdienste in den neuen Bundesländern auf das höhere Lohn- und Gehaltsniveau der alten Bundesländer ausschließen. Folge wäre, dass die Beschäftigten in den neuen Bundesländern wegen der niedrigeren Löhne weniger Entgeltpunkte als bisher erwerben würden. Die Abkehr von diesem System ist daher mit dem Ziel einer generationengerechten Ausgestaltung der Rentenversicherung nicht zu vereinbaren. Profitieren würde die jetzige Rentnergeneration, die ab sofort gleich hohe Renten wie Versicherte mit vergleichbaren Westentgelten erhalten. Dagegen würde künftigen Rentnergenerationen in den neuen Ländern trotz einheitlichen aktuellen Rentenwerts die Chance auf gleich hohe Renten genommen.

### **Renten Anpassung im Jahr 2000**

716 Auch die Rentner in den neuen Bundesländern haben einen Beitrag zur langfristigen Stabilisierung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung geleistet, indem ebenfalls ihre Renten im Jahr 2000 nur entsprechend dem Anstieg der bundeseinheitlichen Lebenshaltungskosten im Vorjahr angepasst worden sind.

### **Wirkung der Anpassungsformel auf die Angleichung der aktuellen Rentenwerte**

717 Die über die Lohndynamik angestrebte Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an den aktuellen Rentenwert (West) ist mit der durch das Altersvermögens-Ergänzungsgesetz geänderten Renten Anpassungsformel verstärkt worden. Diese – auch weiterhin lohnorientierte – Renten Anpassungsformel berücksichtigt im Unterschied zu der bis zur Renten Anpassung zum 1. Juli 1999 anzuwendenden nettolohnbezogenen Renten Anpassungsformel nur noch Korrekturfaktoren, deren Höhe in den neuen und alten Bundesländern gleich ist: zum einen die Veränderung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Rentenversicherung im Vorjahr und zum anderen den die Einführung der zusätzlichen Altersvorsorge berücksichtigenden Altersvorsorgeanteil. Damit beeinflussen allein die Unterschiede in der Entgeltentwicklung zwischen den neuen und alten Bundesländern den Rentenangleichungsprozess. In der bis zum 1. Juli 1999 anzuwendenden Renten Anpassungsformel war dieser Zusammenhang dagegen weniger stark ausgeprägt, denn diese berücksichtigte

auch die sich in alten und neuen Bundesländern unterschiedlich entwickelnden Belastungen der Arbeitnehmereinkünfte mit Steuern und allen übrigen Sozialversicherungsbeiträgen (so genannte Nettoquote). Nach dieser Renten Anpassungsformel hätte die mit einem Aufholen der Einkommen in den neuen Bundesländern verbundene schrittweise Annäherung der durchschnittlichen Einkommensteuerbelastung von Versicherten in den neuen Bundesländern an die der Versicherten in den alten Bundesländern über eine sinkende Nettoquote die Renten Anpassungen in den neuen Bundesländern gedämpft. Dies hätte zur Konsequenz gehabt, dass sich der aktuelle Rentenwert (Ost) langsamer an den aktuellen Rentenwert (West) angleichen würde als nach der seit dem Jahr 2001 anzuwendenden Renten Anpassungsformel, in der hinsichtlich der Veränderung bei den Belastung der Arbeitnehmer mit Abgaben nur noch die Belastungsveränderungen bei den Aufwendungen für die Altersversorgung Berücksichtigung finden. Diese verändern sich aber für Arbeitnehmer in den alten und neuen Ländern relativ gleich (Rdnr. 334).

### **Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors**

718 Auch der aktuelle Rentenwert (Ost) ist ab dem 1. Juli 2005 nach Maßgabe der mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung um die mit dem Nachhaltigkeitsfaktor ergänzte Renten Anpassungsformel anzupassen (Rdnr. 346). Bei der Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors, der die Veränderung im Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern abbildet, hat der Gesetzgeber berücksichtigt, dass bis zur Herstellung einheitlicher Einkommensverhältnisse im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland die Werte, die für die Bestimmung des Verhältnisses von Äquivalenzbeitragszahlern zu Äquivalenzrentnern maßgebend sind, in den neuen Bundesländern von den entsprechenden Werten für die alten Bundesländer abweichen.

719 Die Anzahl der Äquivalenzrentner wird ermittelt, indem das Gesamtvolumen an Rentenausgaben für ein Kalenderjahr durch den Betrag der Standardrente (45 Entgeltpunkte vervielfältigt mit dem aktuellen Rentenwert) geteilt wird. Die Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler wird ermittelt, indem das Gesamtvolumen an Pflichtbeiträgen für ein Kalenderjahr durch das Durchschnittsentgelt nach Anlage 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch geteilt wird. Im Hinblick auf die Unterschiede beim aktuellen Rentenwert und

dem Durchschnittsentgelt in den alten und neuen Bundesländern wird die Anzahl von Äquivalenzrentnern sowie Äquivalenzbeitragszahler getrennt nach alten und neuen Bundesländern ermittelt.

720 Die Anzahl der Äquivalenzrentner wird in den alten Bundesländern mit der Standardrente – West – (45 Entgeltpunkte vervielfältigt mit dem aktuellen Rentenwert – West –) und die Anzahl der Äquivalenzrentner in den neuen Bundesländern mit der Standardrente – Ost – (45 Entgeltpunkte vervielfältigt mit dem aktuellen Rentenwert – Ost –) bestimmt. Für die Ermittlung der Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler wird in den alten Bundesländern das Gesamtvolumen an Pflichtbeiträgen (West) durch das Durchschnittsentgelt nach Anlage 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch geteilt und für die Ermittlung der Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler in den neuen Bundesländern wird das Gesamtvolumen an Pflichtbeiträgen (Ost) durch ein an die dortigen Verhältnisse angepasstes Durchschnittsentgelt (Durchschnittsentgelt nach Anlage 1 des SGB VI dividiert durch den Höherwertungsfaktor für Entgelte – Ost –) geteilt. Der Rentnerquotient wird dann mit den jeweils summierten Werten der Anzahl der Äquivalenzrentner und der Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland einheitlich berechnet.

721 Mit dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung ist zudem eine Verschlechterung im Verhältnis von aktuellem Rentenwert (Ost) und aktuellem Rentenwert (West) ausgeschlossen worden. Daher wurde die Regelung zur Anpassung des aktuellen Rentenwerts (Ost) um die Bestimmung ergänzt, dass der aktuelle Rentenwert (Ost) mindestens mit der für den aktuellen Rentenwert (West) maßgebenden Veränderungsrate anzupassen ist, wenn sich nach Anwendung der Rentenanpassungsformel für den aktuellen Rentenwert (Ost) eine geringere Veränderungsrate als für den aktuellen Rentenwert (West) ergibt.

### **Zusammentreffen von Renten und Leistungen aus der Unfallversicherung**

721a Auch bei den Renten in den neuen Bundesländern kommt die Regelung zur Anwendung, die beim Zusammentreffen von Renten aus der Rentenversicherung und Leistungen aus der Unfallversicherung angesichts der grundsätzlichen Lohnersatzfunktion

beider Leistungen Überversorgungen vermeidet. Deshalb wird die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gekürzt, wenn beide Leistungen den Grenzbetrag von 70% des Jahresarbeitsverdienstes der gesetzlichen Unfallversicherung übersteigen. Der Grenzbetrag ist so bemessen, dass er in typischen Fällen dem Nettoeinkommen eines vergleichbaren Versicherten entspricht.

721b Als Ersatz für den erlittenen immateriellen Schaden und den unfallbedingten Mehraufwand des Verletzten sind Freibeträge bei der Unfallrente vorgesehen, die entsprechend dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit gestaffelt sind und sich in der Höhe an den für die neuen Bundesländern maßgebenden Grundrentenbeträgen des Bundesversorgungsgesetzes orientieren. Sie reichen seit Juli 2003 von 104 Euro bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30% bis zu 546 Euro bei völliger Erwerbsunfähigkeit (MdE von 100%). Bei Schwerbeschädigten (MdE mindestens 50%) erhöht sich dieser Freibetrag ab Vollendung des 65. Lebensjahres nochmals um einen Alterserhöhungsbetrag zwischen 21 Euro und 33 Euro.

721c Das Bundesverfassungsgericht hat im Jahr 2000 entschieden, dass es zwar grundsätzlich zulässig ist, bei den Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz der Höhe nach entsprechend den Einkommensunterschieden zwischen Ost und West zu differenzieren. Jedoch sei dies insoweit nicht vertretbar, als auch Kriegsoffer des 2. Weltkriegs, die typischerweise heute ein sehr hohes Alter erreicht haben, auf die künftige Angleichung der Einkommen verwiesen werden. Der Gesetzgeber hat auf diese Verfassungsrechtsprechung reagiert und im Bundesversorgungsgesetz klarstellt, dass für Kriegsoffer in den neuen Ländern die Grundrente in Höhe der Grundrente (West) zu leisten ist, es in den übrigen Anwendungsbereichen aber, bei denen die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz von Bedeutung ist, bei der Anwendung der Grundrente in Höhe des für die neuen Bundesländer maßgebenden Betrages verbleibt. Gerade im Falle des Zusammentreffens einer Rente aus der Rentenversicherung und einer Rente aus der Unfallversicherung wird deutlich, dass die Anwendung eines Freibetrages in Höhe der Grundrente (Ost) sachgerecht ist. Denn wie das nachfolgende Beispiel (nach den Werten des Jahres 1992) zeigt bleibt hierdurch das bestehende Verhältnis von Rentenleistungen Ost zu Rentenleistungen West gewahrt.

## Zahlbeträge für Rentner mit Durchschnittsverdienst bei einem Freibetrag in Höhe der Grundrente (Ost)

	West	Ost	Ost zu West
Rente RV	1864,80 DM	1060,65 DM	= 57%
Rente UV	2467,83 DM	1431,89 DM	= 58%
Freibetrag nach Bundesversorgungsgesetz bei 100% Erwerbsminderung	998,00 DM	566,00 DM	= 57%
Gesamtleistung aus Rente RV + Rente UV nach Anrechnung	3589,23 DM	2069,47 DM	= 58%

## Zahlbeträge für Rentner mit Durchschnittsverdienst bei einem Freibetrag in Höhe der Grundrente (West)

	West	Ost	Ost zu West
Rente RV	1864,80 DM	1060,65 DM	= 57%
Rente UV	2467,83 DM	1431,89 DM	= 58%
Freibetrag nach Bundesversorgungsgesetz bei 100% Erwerbsminderung	998,00 DM	998,00 DM	= 100%
Gesamtleistung aus Rente RV + Rente UV nach Anrechnung	3589,23 DM	2492,54 DM	= 69%

Das Beispiel zeigt, dass es zur Wahrung des Verhältnisses der Rentenzahlbeträge Ost zu West sachgerecht ist, für Rentner in den neuen Ländern beim Zusammentreffen von Renten aus der Renten- und Unfallversicherung weiterhin einen Freibetrag in Höhe der Grundrente (Ost) vorzusehen.

721d Der 4. Senat des Bundessozialgerichts hat jedoch in mehreren Fällen entschieden, dass bei der Anrechnung der Unfallrente auf eine Rente der Rentenversicherung in Ost und West die gleichen Freibeträge gelten. Ob diese Urteile über die vom Gericht entschiedenen Fälle hinaus Auswirkungen haben werden, haben die Rentenversicherungsträger in eigener Zuständigkeit zu entscheiden. Die Rentenversicherungsträger sind schon früheren Urteilen dieses Senats - über die vom Gericht entschiedenen Einzelfälle hinaus - wegen weiter bestehender rechtlicher Bedenken nicht gefolgt. Zur Klärung der unterschiedlichen Rechtsauffassungen hat der Gesetzgeber im Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz ausdrücklich noch einmal klargestellt, dass nach seinem Willen in den neuen Ländern sowohl in der Vergangenheit als auch künftig ein Freibetrag in Höhe der Grundrente (Ost) gelten soll.

## Fremdrentenrecht

722 Seit dem 1. Januar 1992 gilt das Fremdrentengesetz im Gebiet der neuen Bundesländer. Daher erwer-

ben auch die vertriebenen Arbeiter und Angestellten aus den Vertreibungsgebieten, die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern haben, Ansprüche nach dem Fremdrentengesetz.

723 Seit dem 1. August 1991 sah das Fremdrentenrecht eine Minderung der nach dem Fremdrentengesetz zu berücksichtigenden Entgeltpunkte durch einen pauschalen Abschlag (Faktor 0,7) vor. Dabei war eine Minderung der Entgeltpunkte (Ost) mit dem Vervielfältigungsfaktor 0,7 zunächst nicht vorgesehen. Erst seitdem die Standardrente (Ost) – Rente aus 45 Versicherungsjahren mit Durchschnittsverdienst – mehr als 70% der vergleichbaren Rente in den alten Bundesländern entsprach, wurden auch für Aussiedler, die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern genommen haben, aus den nach dem Fremdrentengesetz anerkannten Versicherungszeiten Entgeltpunkte (West), allerdings auf der Grundlage der mit dem Faktor 0,7 vervielfältigten Entgelte der Tabellen des Fremdrentengesetzes ermittelt. Damit sollte erreicht werden, dass die im Rahmen des Eingliederungsprinzips ermittelten Entgeltwerte auf das Lohnniveau in strukturschwachen Gebieten der alten Bundesländer abgesenkt werden.

724 Mit der Neufassung des Fremdrentenrechts durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurde der pauschale Abschlagsfaktor nicht nur mit Wirkung ab dem 1. Januar 1997 von 0,7 auf 0,6 gesenkt, sondern für Aussiedler mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern auch dessen Anwendung auf Entgeltpunkte (Ost) erstreckt. Hierdurch mindern sich die Leistungen an Aussiedler mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern zusätzlich.

725 Entgeltpunkte (Ost) sind für folgende nach dem Fremdrentengesetz berechnete Aussiedler zu ermitteln:

- Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Gebiet der neuen Bundesländer – unabhängig vom Zeitpunkt des Zuzugs – und Anspruch auf eine Rente nach dem Fremdrentengesetz ab dem 1. Januar 1992,
- Personen, die nach dem 31. Dezember 1990 aus den neuen in die alten Bundesländer zugezogen sind und in den alten Bundesländern ab 1. Januar 1992 einen Anspruch auf eine Rente nach dem Fremdrentengesetz besitzen,
- Personen, die als Rentenbezieher nach dem 31. Dezember 1991 aus den alten in die neuen Bundesländer umgezogen sind oder umziehen.

726 Bei der Verlegung des Wohnsitzes in die alten Bundesländer verbleibt es bei den ermittelten Entgeltpunkten (Ost).

727 Für diejenigen Aussiedler, die vor dem 7. Mai 1996 ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern genommen haben und deren Rente bis zum 30. September 1996 begonnen hat (letzter Tag in dem Monat, in dem das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz verkündet wurde), verbleibt es allerdings bei den bisherigen günstigeren Regelungen des Fremdrentenrechts.

728 Für Berechtigte nach dem Fremdrentenrecht, die erst nach dem 6. Mai 1996 in die Bundesrepublik zugezogen sind oder noch zuziehen, wird der auf das Fremdrentenrecht entfallende Anteil der Rente bei Ledigen auf höchstens 25 Entgeltpunkte und bei Verheirateten auf 40 Entgeltpunkte begrenzt. Bei der Anwendung dieser Begrenzungsregelung wird nicht unterschieden, ob Entgeltpunkte oder Entgeltpunkte (Ost) zu berücksichtigen sind. Für Aussiedler, bei denen für Zeiten nach dem Fremdrentengesetz Entgeltpunkte (Ost) zuzuordnen sind, ist der Höchstwert von 25 bzw. 40 Entgeltpunkten (Ost) maßgebend. Eine „Aufstockung“ des Höchstwertes im Verhältnis von aktuellem Rentenwert (West) zu aktuellem Rentenwert (Ost) ist nicht vorgesehen.

### **Leistungen für Kindererziehung**

729 Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 erhalten in den alten Bundesländern zusätzlich zu ihrer Rente eine Kindererziehungsleistung. Hintergrund dieser Regelung war der Umstand, dass den Müttern dieser Geburtsjahrgänge keine Kindererziehungszeiten bei der Berechnung ihrer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt werden.

730 Bei den Müttern in den neuen Bundesländern, bei denen eine eigene Rente vor dem 1. Januar 1992 begonnen hat, ist nach dem Recht der ehemaligen DDR in dieser Rente die Kindererziehung bereits berücksichtigt. In Anlehnung an die Funktion der Kindererziehungsleistung in den alten Bundesländern wurde daher der Anspruch auf Kindererziehungsleistung in den neuen Bundesländern auf diejenigen Mütter beschränkt, denen ein Anspruch auf eine eigene Rente nicht zusteht. Der Bezug einer Witwenrente steht dagegen einem Anspruch auf die Kindererziehungsleistung nicht entgegen.

731 Anspruch auf Kindererziehungsleistung steht darüber hinaus auch nur den Müttern der Geburts-

jahrgänge vor 1927 zu, da nur sie zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in den neuen Bundesländern bereits das 65. Lebensjahr vollendet hatten, bei ihnen also das Versicherungsleben bereits abgeschlossen war.

732 Bis zum 30. Juni 1998 entsprach die Kindererziehungsleistung für ein geborenes Kind dem Rentenertrag aus einem Jahresentgelt in Höhe von 75% des Durchschnittsverdienstes. Mit dem Rentenreformgesetz 1999 wurde auch für die Mütter in den neuen Bundesländern die Kindererziehungsleistung erheblich verbessert. Für die Zeit vom 1. Juli 1998 bis zum 30. Juni 1999 entsprach der Rentenertrag für ein geborenes Kind einer Rente aus einem versicherten Jahresentgelt in Höhe von 85% des Durchschnittsverdienstes und in der Zeit vom 1. Juli 1999 bis zum 30. Juni 2000 wurde eine Kindererziehungsleistung gezahlt, die einer Rente aus einem versicherten Jahresentgelt in Höhe von 90% des Durchschnittsverdienstes entsprach. Seit dem 1. Juli 2000 hat sich der Rentenertrag für ein geborenes Kind schließlich auf eine Rente erhöht, die sich aus einem versicherten Jahresentgelt in Höhe von 100% des Durchschnittsverdienstes ergibt. Seit dem 1. Juli 2003 beträgt damit die monatliche Kindererziehungsleistung an Mütter in den neuen Bundesländern für ein geborenes Kind 22,97 Euro.

733 Den nach 1926 geborenen Müttern wird für die Erziehung eines Kindes ein Versicherungsjahr – bei Geburten ab 1992 drei Versicherungsjahre – für die nach den Vorschriften des SGB VI zu leistende Rente angerechnet.

### **Versorgungsausgleich**

734 Bei einer Ehescheidung ab dem 1. Januar 1992 findet auch in den neuen Bundesländern ein Versorgungsausgleich statt. Mit dem Versorgungsausgleich wird die gleichmäßige Aufteilung der in der Ehezeit erworbenen Versorgungsansprüche auf beide Ehegatten bezweckt. Vom Versicherungskonto desjenigen Ehegatten, der während der Ehezeit mehr Rentenanwartschaften erworben hat als der andere Ehegatte, werden Teile der Rentenanwartschaft auf das Versicherungskonto des anderen Ehegatten übertragen.

### **Krankenversicherung der Rentner**

735 Seit dem 1. Juli 1990 unterliegt jeder Rentner in den neuen Bundesländern den Regelungen über die Krankenversicherungspflicht. Im Einigungsvertrag wurde vorgesehen, dass ab dem 1. Januar 1991 das



Recht der Krankenversicherung in der Fassung des SGB V auch in den neuen Bundesländern gilt. Deshalb ist ab dem 1. Januar 1991 eine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner nur bei Erfüllung der dort bestimmten Voraussetzungen eingetreten.

736 Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass der Rentner in der 2. Hälfte seines Erwerbslebens zu 9/10 Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sein muss. Dabei steht die Zeit der beitragsfreien Familienversicherung einer Pflichtversicherung gleich, wenn in dieser Zeit das beitragszahlende Familienmitglied Pflichtmitglied seiner gesetzlichen Krankenkasse gewesen ist. Auch die Rentner in den neuen Bundesländern, die diese 9/10-Pflichtbelegung nicht erfüllten, hatten bis zum 31. März 2002 nur die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

737 Entsprechend den vom Bundesverfassungsgericht gemachten Vorgaben richtet sich seit dem 1. April 2002 auch für die Rentner in den neuen Bundesländern der Zugang zur Pflichtversicherung der Rentner nach den Regelungen über den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner, die im Jahr 1988 in den alten Bundesländern gegolten haben. Danach begründen auch Zeiten einer freiwilligen Mitgliedschaft und Zeiten der Familienversicherung bei einem freiwilligen Mitglied die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner. Allen Rentenbeziehern, die auf Grund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 vom 1. April 2002 an als Rentner versicherungspflichtig geworden sind, ist vom Gesetzgeber jedoch ein Anspruch darauf eingeräumt worden, die Versicherung als freiwilliges Mitglied für die Zeit ab dem 1. April 2002 fortzuführen. Durch Geltendmachung dieses Anspruchs erhalten diese die Möglichkeit, Beitragsmehrbelastungen auf Grund des Eintritts der Versicherungspflicht für sich und für ihren Ehegatten zu vermeiden, wenn dieser bis zum 31. März 2002 beitragsfrei familienversichert gewesen ist und ebenfalls ab dem 1. April 2002 als Rentner versicherungspflichtig geworden wäre.

738 Für Rentenanträge, die bis zum 31. Dezember 1993 gestellt worden sind, reicht jedoch die Erfüllung der so genannten Halbbelegung aus. Die Halbbelegung ist erfüllt, wenn während der Hälfte der Zeit vom 1. Januar 1950 bis zur Stellung des Rentenantrags eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hatte.

739 Seit 1992 haben sich auch die Rentner in den neuen Bundesländern zur Hälfte am Beitrag zur Krankenversicherung zu beteiligen. Um jedoch Kürzungen im Zahlbetrag der Renten ab 1992 zu vermeiden, wurden alle laufenden Renten zum 1. Januar 1992 rechnerisch mit einem bestimmten Faktor (1,0684) vervielfältigt und damit um die Hälfte des Beitrags zur Krankenversicherung erhöht.

740 Seit dem 1. Juli 1997 gilt für die in der Krankenversicherung pflichtversicherten Rentner der neuen Bundesländer ebenfalls der jeweilige allgemeine Beitragsatz der Krankenkasse, deren Mitglied sie sind.

## **Besondere Regelungen für bestimmte Personengruppen**

### **Verfolgte des DDR-Regimes**

741 Nach dem Zweiten SED-Unrechtsbereinigungsgesetz erhalten Personen, die aufgrund politischer Verfolgung durch das DDR-Regime einen beruflichen Abstieg oder gar die Aufgabe ihres Berufes hinzunehmen hatten, einen Ausgleich der hierdurch bedingten Nachteile in der Rentenversicherung.

742 Das Gesetz sieht vor, dass Verfolgungszeiten, in denen eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit verfolgungsbedingt nicht ausgeübt werden konnte, stets als Pflichtbeitragszeiten für eine Beschäftigung oder Tätigkeit im Beitrittsgebiet gelten. Die Bewertung der als Pflichtbeitragszeiten geltenden Verfolgungszeiten erfolgt auf der Grundlage der sich aus dem Fremdrentengesetz ergebenden Tabellenwerten, so weit es sich um Verfolgungszeiten vor dem 1. Januar 1950 handelt, und auf der Grundlage der um 20 v. H. erhöhten Tabellenwerte des SGB VI für glaubhaft gemachte Beitragszeiten (Anlagen zum SGB VI 13 und 14), soweit es sich um Verfolgungszeiten nach dem 31. Dezember 1949 handelt.

743 Hat der Verfolgte während der Verfolgungszeit eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt, werden der Rentenberechnung die tatsächlich versicherten Entgelte zugrunde gelegt, wenn diese höher sind als die den Tabellen entnommenen Entgelte. Sind die tatsächlich versicherten Entgelte niedriger als die den Tabellen entnommenen Entgelte, sind grundsätzlich die Tabellenwerte für die Rentenberechnung maßgebend. Eine in der Verfolgungszeit ausgeübte Beschäftigung oder Tätigkeit in der Zeit vom 1. Januar 1977 bis zum 30. Juni 1990 hat stets dann die Reduzierung des Tabellenwerts auf die Höhe des tatsächlich versicherten Entgelts



zur Folge, wenn das tatsächlich erzielte Entgelt die – relativ niedrige – Beitragsbemessungsgrenze der Sozialpflichtversicherung überschritten hat und die Versicherung des die Beitragsbemessungsgrenzen überschreitenden Entgelts in der freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) unterblieben ist, obwohl die Versicherung des insgesamt erzielten Entgelts in der freiwilligen Zusatzrentenversicherung möglich und auch zumutbar gewesen wäre. Eine Versicherung in der freiwilligen Zusatzrentenversicherung wird dann als nicht zumutbar angesehen, wenn der Verfolgte zu Beginn der Verfolgung

- wegen einer Fachschul- oder Hochschulausbildung noch nicht erwerbstätig war,
- der FZR nicht angehören konnte oder
- nicht mindestens 2 Jahre lang die Möglichkeit gehabt hat, sich über eine Versicherung zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung zu erklären.

744 Ergibt sich unter Zugrundelegung des monatlichen Durchschnitts der Entgeltpunkte für Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung oder versicherten selbständigen Tätigkeit im letzten Kalenderjahr oder – wenn dies günstiger ist – in den letzten drei Kalenderjahren vor Beginn der politischen Verfolgung ein höherer Rentenanspruch als bei Zugrundelegung der maßgebenden Tabellenwerte, ist der monatliche Durchschnitt dieser Entgeltpunkte für die Rentenberechnung maßgebend.

745 Für Verfolgte, die in der Verfolgungszeit einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem angehört haben, oder wegen der Verfolgung aus einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem ausgeschieden sind, finden die besonderen Regelungen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes Anwendung.

746 Darüber hinaus gelten Zeiten der Verfolgung als beitragsgeminderte Zeiten; d. h. sie werden bei der Rentenversicherung nicht nur als Beitragszeit, sondern auch als beitragsfreie Zeit behandelt. Ergibt sich daher für die Verfolgungszeit aus der für beitragsfreie Zeiten maßgebenden Gesamtleistungsbewertung eine größere Anzahl von Entgeltpunkten als auf der Grundlage der den Tabellen zu entnehmenden Entgelte bzw. des monatlichen Durchschnitts der Entgeltpunkte für Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung oder versicherten selbständigen Tätigkeit vor Beginn der politischen Verfolgung, wird die Verfolgungszeit als beitragsfreie Zeit berücksichtigt.

747 Für Verfolgungszeiten, in denen ohne die Verfolgung die Fachschul- oder Hochschulausbildung bis zum regelmäßigen Abschluss fortgesetzt worden wäre, werden für jeden Kalendermonat die sich aus der Gesamtleistungsbewertung für Anrechnungszeiten wegen des Besuchs einer Fachschule oder Hochschule ergebenden Entgeltpunkte zugrunde gelegt.

748 Hat der Verfolgte wegen einer Verfolgungsmaßnahme seine Fachschulausbildung nicht abschließen können, gilt die Ausbildung für die Anerkennung dieser Zeiten als Anrechnungszeit als abgeschlossen.

749 Ist wegen einer Verfolgungsmaßnahme eine Schulausbildung, Fachschulausbildung oder Hochschulausbildung unterbrochen, jedoch später wieder aufgenommen und abgeschlossen oder eine neue Ausbildung begonnen und abgeschlossen worden, sind die Ausbildungszeiten bis zum Doppelten der allgemein geltenden Höchstdauer anzuerkennen.

750 Schließlich werden Verfolgungszeiten auch als Zeiten einer versicherungspflichtigen Tätigkeit und als Beitragszeiten zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung angesehen, soweit eine Rente nach dem Recht der ehemaligen DDR zu ermitteln ist, z. B. für die aus Vertrauensschutzgründen zu gewährende Rente nach Artikel 2 des Renten-Überleitungsgesetzes (Übergangsrecht für Renten aus dem Beitrittsgebiet). Bei der für die Berechnung dieser Renten notwendigen Ermittlung eines versicherten Durchschnittseinkommens sind die den Tabellen entnommenen Entgelte bzw. der monatliche Durchschnitt der Entgelte oder des Einkommens aus einer versicherten Beschäftigung oder versicherten selbständigen Tätigkeit vor Beginn der politischen Verfolgung zu berücksichtigen, wenn diese höher als die tatsächlich erzielten Entgelte sind.

751 Die für die Durchführung des rentenrechtlichen Nachteilsausgleichs notwendige Bescheinigung, mit der die Dauer der politischen Verfolgung und die für die Verfolgungszeit festzustellenden rentenrechtlichen Zeiten sowie Tabellenwerte nach dem Zweiten SED-Unrechtsbereinigungsgesetz gegenüber den Rentenversicherungsträgern verbindlich belegt werden, kann von den Betroffenen nach der zuletzt mit dem 2. Gesetz zur Änderung rehabilitationsrechtlicher Vorschriften vorgenommenen Fristverlängerung noch bis zum 31. Dezember 2007 bei der zuständigen Landesrehabilitationsbehörde beantragt werden.

## Berechtigte nach dem Pensionsstatut Carl-Zeiss Jena

752 Das Pensionsstatut der Carl-Zeiss Jena Stiftung sicherte den im ehemaligen VEB Zeiss Jena beschäftigten Arbeitnehmern bei Eintritt des Rentenfalls beitragsfreie Pensionsansprüche aus betrieblichen Mitteln zu, die bei längerer Betriebszugehörigkeit zusammen mit der Rente aus der Sozialversicherung etwa die Höhe des letzten Nettoentgelts erreichten. Die Mehrzahl der Zeiss-Beschäftigten hat deshalb die Möglichkeit der Beitragszahlung zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung nicht genutzt, weil ihre Versorgungslage vergleichbar war mit der Versorgungslage der Angehörigen staatlicher Zusatzversorgungssysteme.

753 Die Schließung des Pensionsstatus zum März 1991 hatte zur Folge, dass die ehemaligen Beschäftigten mit Anwartschaften nach dem Pensionsstatut, die nach dem 31. Dezember 1992 rentenberechtigt werden, Rentenzahlungen nicht mehr erhalten. Stattdessen wurden ihnen aufgrund von Sozialplänen Abfindungen für den Verlust der Versorgungsanwartschaft gezahlt. Damit ergab sich für diesen Personenkreis eine völlig unzureichende soziale Absicherung, da sie aufgrund der sehr niedrigen Beitragsbemessungsgrenzen und der unterlassenen Versicherung in der freiwilligen Zusatzrentenversicherung regelmäßig nur sehr geringe Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhielten.

754 Mit dem Zusatzversorgungssystem-Gleichstellungsgesetz wurde dieser sozialpolitisch unbefriedigende Zustand beseitigt, indem Ansprüche und Anwartschaften nach dem Pensionsstatut den Ansprüchen und Anwartschaften aus den Zusatzversorgungssystemen der ehemaligen DDR gleich gestellt worden sind. Damit wird die Berechnung der Rente auch für die ehemaligen Zeiss-Beschäftigten auf der Grundlage des erzielten Entgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung ermöglicht, wobei eine Beitragszahlung zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung unmaßgeblich ist. Die Gleichstellung der Ansprüche und Anwartschaften nach dem Pensionsstatut mit den Ansprüchen und Anwartschaften aus den Zusatzversorgungssystemen der ehemaligen DDR erfolgte nur auf Antrag, der bis zum 31. Dezember 1993 zu stellen war. Zur Vermeidung von Doppelbegünstigungen war nach erfolgter Gleichstellung die aufgrund des Sozialplans gewährte Abfindung an den Bund abzutreten.

## Finanzierung

### Beiträge

755 Für Versicherte in den neuen Bundesländern gelten die gleichen beitragsrechtlichen Grundsätze wie für die Versicherten in den alten Bundesländern. Insbesondere gilt in den alten wie in den neuen Bundesländern der gleiche Beitragssatz. Allein aufgrund des gegenüber den alten Bundesländern geringeren Lohnniveaus und damit der geringeren Beitragsbemessungsgrundlagen ergeben sich für die Versicherten in den neuen Bundesländern – absolut gesehen – jedoch geringere Beitragsbelastungen.

756 Mit dem Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse wurden die Mindestbemessungsgrundlagen für die Beiträge zur Rentenversicherung für das gesamte Bundesgebiet vereinheitlicht. In den alten und in den neuen Bundesländern haben sie in der Zeit vom 1. April 1999 bis zum 31. Dezember 2001 für den Pflichtbeitrag 300 DM und für den freiwilligen Beitrag 630 DM betragen. Seit dem 1. Januar 2002 beträgt die Mindestbemessungsgrundlage 155 Euro für den Pflichtbeitrag. Somit beträgt im Jahr 2006 der Mindestpflichtbeitrag für eine versicherungspflichtige Beschäftigung 30,23 Euro im gesamten Bundesgebiet.

757 Mindestbemessungsgrundlage für den freiwilligen Beitrag war in der Zeit vom 1. Januar 2002 bis zum 31. März 2003 325 Euro. Mit der Heraufsetzung der Entgeltgrenze für versicherungsfreie geringfügige Beschäftigungen auf 400 Euro zum 1. April 2003 bildet seit dieser Zeit dieser Betrag die Mindestbemessungsgrundlage für den freiwilligen Beitrag. Seit dem 1. April 2003 beträgt somit der niedrigste freiwillige Beitrag für die neuen sowie die alten Bundesländer 78 Euro. Für die freiwillige Versicherung gilt seit dem 1. April 1999 auch ein einheitlicher, aus der Beitragsbemessungsgrenze (West) abgeleiteter Höchstbeitrag. Er beträgt im Jahr 2006 1.023,75 Euro monatlich.

758 Im Hinblick auf die weiterhin unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenzen in den alten und neuen Bundesländern sind auch nach dem 1. April 1999 die jeweiligen höchsten Pflichtbeiträge weiterhin unterschiedlich hoch. In der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) beträgt der höchste monatliche Pflichtbeitrag im Jahr 2006 in

den alten Bundesländern 1.023,75 Euro und in den neuen Bundesländern 859,50 Euro.

### Die Beitragsbemessungsgrenzen in den neuen Bundesländern

759 Die Beitragsbemessungsgrenzen in der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) sowie in der knappschaftlichen Rentenversicherung werden für die neuen Bundesländer ermittelt, indem die jeweils für die alten Bundesländer ermittelten Beträge im Verhältnis der jeweiligen Durchschnittsentgelte Ost und West herabgesetzt werden. Nach der Heraufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze für die allgemeine Rentenversicherung auf das 2fache des Durchschnittsverdienstes in den alten Bundesländern durch das Beitragssatzicherungsgesetz zum 1. Januar 2003 betragen die monatlichen Beitragsbemessungsgrenzen im Jahr 2006:

- in der allgemeinen Rentenversicherung:
  - in den neuen Bundesländern: 4.400 Euro
  - in den alten Bundesländern: 5.250 Euro,
- in der knappschaftlichen Rentenversicherung:
  - in den neuen Bundesländern: 5.400 Euro
  - in den alten Bundesländern: 6.450 Euro

### Beitragsbemessungsgrenzen ab 1.7.1990

Jahr	ArV / AnV (ab 2005 allgemeine RV)		KnRV	
	jährlich	monatlich	jährlich	monatlich
1.7.1990-31.12.1990	32 400 DM	2700 DM	32 400 DM	2700 DM
1.1.1991-30.06.1991	36 000 DM	3000 DM	36 000 DM	3000 DM
1.7.1991-31.12.1991	40 800 DM	3400 DM	40 800 DM	3400 DM
1992	57 600 DM	4800 DM	70 800 DM	5900 DM
1993	63 600 DM	5300 DM	78 000 DM	6500 DM
1994	70 800 DM	5900 DM	87 600 DM	7300 DM
1995	76 800 DM	6400 DM	93 600 DM	7800 DM
1996	81 600 DM	6800 DM	100 800 DM	8400 DM
1997	85 200 DM	7100 DM	104 400 DM	8700 DM
1998	84 000 DM	7000 DM	103 200 DM	8600 DM
1999	86 400 DM	7200 DM	105 600 DM	8800 DM
2000	85 200 DM	7100 DM	104 400 DM	8700 DM
2001	87 600 DM	7300 DM	108 000 DM	9000 DM
2002	45 000 EUR	3750 EUR	55 800 EUR	4650 EUR
2003	51 000 EUR	4250 EUR	63 000 EUR	5250 EUR
2004	52 200 EUR	4350 EUR	64 200 EUR	5350 EUR
2005	52 800 EUR	4400 EUR	64 800 EUR	5400 EUR
2006	52 800 EUR	4400 EUR	640800 EUR	5400 EUR

### Finanzverbund

760 Mit dem In-Kraft-Treten der Finanzierungsvorschriften des SGB VI in den neuen Bundesländern war die Fortsetzung der bis 1991 durchgeführten getrennten Finanzierung der Rentenversicherung der

Arbeiter und der Angestellten in den alten und neuen Bundesländern nicht vereinbar. Daher wurde zur Schaffung einer leistungsfähigen Rentenversicherung im vereinten Deutschland zum 1. Januar 1992 der Finanzverbund zwischen den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (ab Januar 2005 als allgemeine Rentenversicherung bezeichnet) in den neuen und alten Bundesländern hergestellt. Für Versicherte und Rentner in den neuen Bundesländern bedeutet dies, dass ihren Ansprüchen und Anwartschaften seit dieser dieselbe Sicherheit zuteil geworden ist, wie für die Ansprüche und Anwartschaften der Versicherten und Rentner in den alten Bundesländern.

### Bundeszuschüsse

761 Der allgemeine Zuschuss des Bundes zu den Ausgaben der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in den neuen Bundesländern (Bundeszuschuss-Beitragsgebiet) wird jeweils für ein Kalenderjahr in der Höhe geleistet, die sich ergibt, wenn die Rentenausgaben in den neuen Bundesländern für dieses Jahr mit dem Verhältnis vervielfältigt werden, in dem der allgemeine Bundeszuschuss in den alten Bundesländern zu den Rentenausgaben in den alten Bundesländern für dieses Kalenderjahr steht. Die sich hieraus ergebende Quote für den allgemeinen Bundeszuschuss für die Rentenversicherung in den neuen Bundesländern wird auf den zusätzlichen Bundeszuschuss und den Erhöhungsbetrag für den zusätzlichen Bundeszuschuss angewendet. Mit diesem Verfahren wird sichergestellt, dass trotz unterschiedlicher Einkommensverhältnisse in den alten und neuen Bundesländern der Anteil des Bundeszuschusses an den Rentenausgaben in den alten und neuen Bundesländern gleich hoch ist. Der allgemeine und der zusätzliche Bundeszuschuss einschließlich der Erhöhungsbeträge für die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in den neuen Bundesländern belief sich im Jahr 2005 auf 12 Mrd. Euro.

762 Bei der Ermittlung des Bundeszuschusses zu den Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung (bis Ende 2004 als Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bezeichnet) in den neuen Bundesländern bleiben die Aufwendungen für Renten oder Bestandteile von Renten in den neuen Bundesländern außer Betracht, die der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten vom Bund erstattet worden sind. Zu den der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten vom Bund erstatteten Aufwendungen

gehören insbesondere die Ausgaben für die besonderen Besitz- und Vertrauensschutzleistungen (Auffüllbeträge, Renten sowie Übergangszuschläge), für Renten aus Beschäftigungszeiten bei der Deutschen Reichsbahn und bei der Post, für Invalidenrenten an behinderte Menschen, für Renten bzw. Bestandteile von Renten für Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der ehemaligen DDR sowie die zusätzlichen Rentenleistungen aufgrund des rentenrechtlichen Nachteilsausgleichs für Verfolgte des SED-Regimes. Das Erstattungsvolumen für diese so genannten einigungsbedingten Leistungen belief sich im Jahr 2004 auf über 3,5 Mrd. Euro.

## Organisation

763 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in den neuen Bundesländern sind:

### als Bundesträger

Deutsche Rentenversicherung Bund  
(ehemals BfA - Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und VDR - Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)  
10704 Berlin  
Telefon 030 865-1  
Telefax 030 865-27240

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
(ehemals Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse)  
Hauptverwaltung  
Pieperstraße 14-28  
44789 Bochum  
Telefon 0234 304-0  
Telefax 0234 304-53050

### als Regionalträger

Deutsche Rentenversicherung Berlin  
(ehemals LVA Berlin)  
Knobelsdorffstraße 92  
14059 Berlin  
Telefon 030 3002-0  
Telefax 030 3002-1009

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg  
(ehemals LVA Brandenburg)  
Bertha-von-Suttner-Straße 1  
15236 Frankfurt/Oder

Telefon 0335 551-0  
Telefax 0335 551-1295

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland  
(ehemals LVA Thürigen, LVA Sachsen-Anhalt und LVA Sachsen)  
Sitz Leipzig  
Georg-Schumann-Str. 146  
04159 Leipzig  
Telefon 0341 550-55  
Telefax 0341 550-5900

Standort Erfurt  
Kranichfelder Str. 3  
99097 Erfurt  
Telefon 0361 482-0  
Telefax 0361 482-2299

Standort Halle  
Paracelsusstraße 21  
06114 Halle  
Telefon 0345 213-0  
Telefax 0345 202-3314

Deutsche Rentenversicherung Nord  
(ehemals LVA Schleswig Holstein, LVA Mecklenburg-Vorpommern und LVA Freie und Hansestadt Hamburg)  
Sitz Lübeck  
Ziegelstraße 150  
23556 Lübeck  
Telefon 0451 485-0  
Telefax 0451 485-1777

Standort Neubrandenburg  
Platanenstraße 43  
17033 Neubrandenburg  
Telefon 0395 370-0  
Telefax 0395 370-4444

## Rechtsschutz

764 Bei den Entscheidungen des Rentenversicherungsträgers über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, über die Anerkennung von rentenrechtlichen Zeiten sowie die Höhe des Zahlbetrags von Renten handelt es sich um verwaltungsrechtliche Entscheidungen im Sinne des Sozialverwaltungsrechts. Es handelt sich hierbei um Verwaltungsakte nach dem Zehnten Buch Sozialgesetzbuch. Gegen die Entscheidungen des Rentenversicherungsträgers besteht daher das Rechts-

mittel des Widerspruchs. In seinem Bescheid hat der Rentenversicherungsträger auf diesen Rechtsbehelf hinzuweisen und dem Adressaten des Bescheides bei welcher Stelle und innerhalb welcher Frist der Widerspruch einzulegen ist.

765 Weist der Rentenversicherungsträger den Widerspruch zurück, ist gegen die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Insoweit gelten die allgemeinen Regelungen des Sozialgerichtsgesetzes.





# 7

## Sozialgesetzbuch - 7. Buch Unfallversicherung

### Aufgabe der Unfallversicherung

#### Allgemeines

1 Erleidet ein Arbeitnehmer bei seiner Beschäftigung in einem Unternehmen einen Unfall, so würde er vom Arbeitgeber Schadensersatz verlangen können, wenn der Arbeitgeber den Schaden schuldhaft verursacht hat. Diese zivilrechtliche Haftpflicht des Arbeitgebers wird durch die Unfallversicherung abgelöst. Die Unfallversicherung ist insofern eine Haftpflichtversicherung der Unternehmer. Sie ist aber ebenso eine Versicherung zugunsten der Arbeitnehmer; diese haben auch dann Ansprüche auf Leistungen, wenn den Unternehmer kein Verschulden trifft, der Unfall auf dem Weg zur oder von der Arbeit eingetreten oder eine Berufskrankheit entstanden ist.

2 Die Unfallversicherungsträger haben die gesetzliche Aufgabe, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Ist ein Versicherungsfall (also ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit) eingetreten, so gilt es, dessen Folgen zu begrenzen und den Versicherten möglichst wieder in den bisherigen Beruf und Betrieb einzugliedern sowie die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

#### Entwicklung der Unfallversicherung

3 Die Unfallversicherung ist seit ihrer Gründung (1884) weniger stark verändert worden als andere Zweige der Sozialversicherung. Insbesondere in den Jahren seit 1949 sind jedoch eine Reihe von Verbesserungen der Leistungen vorgenommen worden. 1963 erfolgte eine Neuregelung der Unfallversicherung. Sie hat u. a. vorgeschrieben, dass in Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten unter Berücksichtigung der im Unternehmen bestehenden Unfallgefahren und der Zahl der Arbeitnehmer ein oder mehrere Sicherheits-

beauftragte bestellt werden, die Bundesregierung jährlich einen Unfallverhütungsbericht vorzulegen hat und Berufskrankheiten im Einzelfall vom Träger der Unfallversicherung auch außerhalb des Rahmens der Berufskrankheitenverordnung anerkannt werden können, wenn sie nach neuesten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen bei der Arbeit entstehen. Die Renten werden seit 1964 an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Seit April 1971 sind auch Schüler an allgemeinbildenden Schulen, Studierende an wissenschaftlichen Hochschulen und Kinder in Kindergärten und seit Oktober 1974 bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen auch Rehabilitanden dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterstellt.

Durch das Unfallversicherungseinordnungsgesetz vom 07.08.1996 ist das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch als neues Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) eingeordnet worden. Wegen der kontinuierlichen Weiterentwicklung dieses Sozialversicherungszweiges musste die Einordnung nicht mit einer grundlegenden Reform verbunden werden. Neben einer rechtssystematischen Überarbeitung wurde das Unfallversicherungsrecht aber in einigen Punkten auch inhaltlich weiterentwickelt. So ist z. B. der Versicherungsschutz von Kindergartenkindern auf den Besuch aller Tageseinrichtungen mit kindergartenähnlichem Charakter erweitert worden. Mit der Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch wurde die Reichsversicherungsordnung für alle Sozialversicherungszweige als Rechtsgrundlage abgelöst. Auch im SGB VII sind die weiterhin erforderlichen Sonderregelungen für Versicherungsfälle im Beitrittsgebiet enthalten.

Die Unfallrenten aus der Sozialversicherung der ehemaligen DDR sind in das Siebte Buch Sozialgesetzbuch übernommen worden. Von dieser

Übernahme der Versicherungsfälle in das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ausgenommen sind Versicherungsfälle aus der Sozialversicherung der ehemaligen DDR, die als Versicherungsfälle nach dem Fremdrentengesetz anerkannt worden sind. Die Anpassungsfaktoren für die vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen und das Pflegegeld werden für Versicherungsfälle aus dem Beitrittsgebiet weiterhin gesondert durch Rechtsverordnung festgesetzt. Die Höhe der Anpassungen weicht von den Festsetzungen für die alten Bundesländer ab, solange noch ein unterschiedliches Einkommensniveau besteht.

### Die Aufgaben im Einzelnen

4 Die Unfallversicherung soll mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten, nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

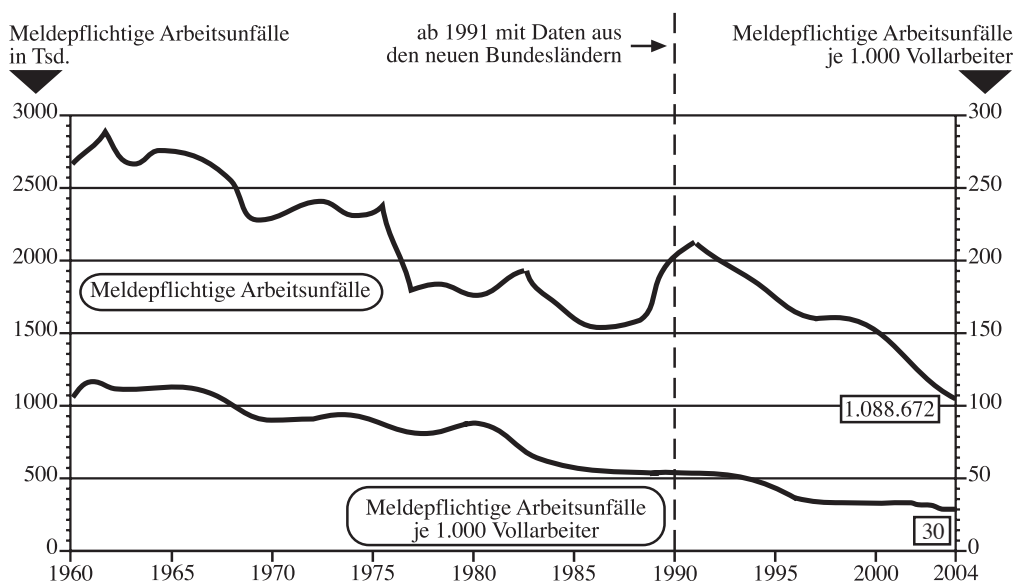
- die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherstellen und
- die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen entschädigen.

## Unfallverhütung

### Bedeutung der Unfallverhütung

5 Um die Bedeutung der Unfallverhütung immer wieder der Öffentlichkeit vor Augen zu führen, ist die Bundesregierung verpflichtet, alljährlich einen Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland vorzulegen. Er fasst die Berichte der Unfallversicherungsträger und die Jahresberichte der für den staatlichen Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Alle vier Jahre enthält der Bericht einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, ihre Kosten und die Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Die Unfallhäufigkeit ist 2004 bei den Arbeitsunfällen auf 30 Arbeitsunfälle pro 1.000 Beschäftigten gesunken. Die Arbeitsunfälle mit tödlichem Ausgang sind 2004 gegenüber dem Vorjahr um 7,8% zurückgegangen und sind mit 949 Fällen erstmals seit 1991 unter 1.000 gesunken. Ebenso sank 2004 im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit um 1,6% auf 63.812 Anzeigen.

## Meldepflichtige Arbeitsunfälle – absolut und je 1000 Vollarbeiter – von 1960 bis 2004 –



**Berufskrankheitenanzeigen 2004 und Veränderungen zum Vorjahr:**

UV- Träger	Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit	Veränderungen in Prozent
gewerbliche BG	55.869	- 1,8
landwirtschaftliche BG	2.953	+ 3,8
UV- Träger der öffentl. Hand	4.990	- 2,3
Gesamt	63.812	-1,6

Trotz der positiven Entwicklung des Unfall- und Berufskrankheitengeschehens müssen die Anstrengungen zur Gewährleistung des Arbeitsschutzes auf allen Ebenen – in den Betrieben und den Verwaltungen, bei den Aufsichtsbehörden und Berufsgenossenschaften – unvermindert fortgesetzt werden, um dem umfassenden Präventionsauftrag des Arbeitsschutzgesetzes und des SGB VII gerecht zu werden. Arbeitsschutz ist nicht nur eine soziale und ethische Verpflichtung, sondern auch ein Gebot der wirtschaftlichen Vernunft. Durch die Verringerung von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren können den Betrieben und der Sozialversicherung erhebliche Kosten erspart werden.

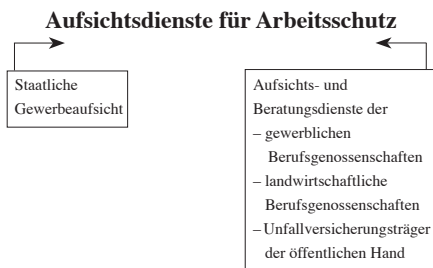
6 Der Bericht über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit enthält jeweils auch Angaben über das Unfallgeschehen für Schüler, Studierende und Kinder in Tageseinrichtungen.

**Überbetrieblicher Arbeitsschutz**

7 Der überbetriebliche Arbeitsschutz besteht organisatorisch aus zwei Säulen

- den Aufsichts- und Beratungsdiensten der Unfallversicherungsträger und
- den Arbeitsschutzbehörden der Länder, in der Regel den staatlichen Gewerbeaufsichtämtern.

Die berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Aufsichtsdienste haben die Aufgabe, die Betriebe zu beaufsichtigen und dabei die Einhaltung der Vorschriften und Regeln durch den Arbeitgeber zu kontrollieren und durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.



Da die Aufgabengebiete dieser beiden Dienste zu einem großen Teil gleich sind, wirken die Unfallversicherungsträger und die für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden bei der Überwachung der Unternehmen eng zusammen und fördern den Erfahrungsaustausch.

**Der Aufsichtsdienst der Unfallversicherungsträger**

8 Die Träger der Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen.

Sie haben durch entsprechend ausgebildetes Fachpersonal die Durchführung der Unfallverhütungsmaßnahmen in den Betrieben und Verwaltungen zu überwachen und die Unternehmer und die Versicherten zu beraten. Sie sollen auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen. Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.

9 Die Träger der Unfallversicherung sind verpflichtet, Vorschriften darüber zu erlassen, welche Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen die Unternehmer zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu treffen und welches Verhalten die Versicherten zur Verhütung von Arbeitsunfällen zu beachten haben. Diese Vorschriften sollen ferner regeln, inwieweit ärztliche Untersuchungen von Versicherten vor, während und nach ihrer Beschäftigung mit Arbeiten, deren Verrichtung mit außergewöhnlichen Unfall- oder Gesundheitsgefahren für sie oder Dritte verbunden sind, durchzuführen sind. Die Träger der Unfallversicherung haben die Unternehmer außerdem anzuhalten, dass in ihren Unternehmen eine wirksame Erste Hilfe bei Arbeitsunfällen sichergestellt wird. 3.127 besonders vorgebildete Aufsichtspersonen überwachen die Durchführung der Unfallverhütung und beraten die Unternehmer über die wirksamsten Maßnahmen. Sie sind befugt, Anordnungen zur Beseitigung von Unfallgefahren zu treffen. Insgesamt sind in den Aufsichts- und Beratungsdiensten 5.544 Dienstkräfte für die Unfallverhütung und die Sicherheit am Arbeitsplatz tätig.

10 Die Aufsichts- und Beratungsdienste der Unfallversicherungsträger sind für mehr als 3 Mio. Betriebe zuständig. Jährlich werden rd. 850.000 Betriebsbe-

sichtigungen durchgeführt und dabei ca. 500.000 Betriebe besichtigt. Knapp 1,1 Mio. Beanstandungen waren 2004 zu verzeichnen.

*11* Unternehmer und Versicherte, die vorsätzlich oder fahrlässig gegen Vorschriften der Unfallversicherung verstoßen, handeln ordnungswidrig; Ordnungswidrigkeiten können mit einer Geldbuße bis 10.000 Euro geahndet werden.

### **Staatliche Gewerbeaufsicht**

*12* Die staatlichen Gewerbeaufsichtsämter sind räumlich gegliedert. Das jeweilige Gewerbeaufsichtsamt ist für einen bestimmten Bezirk innerhalb eines Bundeslandes zuständig. In die Zuständigkeit fallen alle Betriebe, die in dem Bezirk ihren Sitz haben. Dies gilt unabhängig von der Branche, der sie zugeordnet sind.

Die Gewerbeaufsichtsämter wachen darüber, dass die staatlichen Arbeitsschutzbestimmungen eingehalten werden. Wenn notwendig, werden Verwarnungen ausgesprochen sowie Betriebe mit einem Bußgeld belegt. Bei schweren Verstößen gegen Vorschriften über den Unfall-, Gesundheits- und Nachbarschutz wird Strafanzeige erstattet.

*13* Früher waren die Gewerbeaufsichtsämter ausschließlich oder zumindest vorwiegend auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes tätig. Mit dem Umweltschutz und dem Technischen Verbraucherschutz wurden der Gewerbeaufsicht in den meisten Bundesländern neue Aufgaben übertragen.

*14* Die Zahl der Gewerbeaufsichtsbeamten liegt bei 4.103. Die Zahl der staatlichen Gewerbeärzte liegt bei 133.

*15* Die Gewerbeaufsicht führt jährlich etwa 450.000 Betriebsbesichtigungen durch und besichtigt etwa rd. 180.000 Betriebe. Dabei wurden im Jahr 2004 ca. 820.000 Beanstandungen festgestellt.

### **Innerbetrieblicher Arbeitsschutz**

*16* Zur wirksamen Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren im Arbeitsleben sind die Arbeitgeber verpflichtet, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Durch die Bestellung sollen die sachverständige Anwendung technischer und medizinischer Vorschriften sowie moderner sicherheitstechnischer und arbeitsmedizinischer Erkenntnisse und ein größtmöglicher Wirkungsgrad der vorhandenen Mittel für den Arbeitsschutz und die

Unfallverhütung erreicht werden. Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte haben den Arbeitgeber bei der Verwirklichung dieser Ziele zu unterstützen. Der Umfang der Aufgaben von Arzt und Sicherheitsfachkraft bestimmt sich nach dem Ausmaß der Unfall- und Gesundheitsgefahren, der Zahl der Arbeitnehmer und ihrer Zusammensetzung sowie der Betriebsorganisation. Besonders wichtig ist, dass bereits bei der Planung von Betriebsanlagen und sozialen Einrichtungen sowie bei der Beschaffung von Maschinen und der Einführung von Arbeitsverfahren die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte zu beteiligen sind.

*17* Bei der Bekämpfung von Unfall- und Gesundheitsgefahren im Betrieb kommt auch den Betriebsräten eine besondere Bedeutung zu. Nach dem Betriebsverfassungsgesetz hat der Betriebsrat im Arbeitsschutz einen Überwachungs- und Gestaltungsauftrag, ein Mitbestimmungsrecht, einen Unterstützungsauftrag gegenüber den Arbeitsschutzbehörden und ein Informations- und Beteiligungsrecht.

*18* Neben den Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit sind in Betrieben, in denen mehr als 20 Arbeitnehmer beschäftigt werden, Sicherheitsbeauftragte tätig. Der Unfallversicherungsträger kann die Bestellung von Sicherheitsbeauftragten bei besonderen Gefahren für Leben und Gesundheit auch bei einer geringeren Anzahl von Beschäftigten anordnen, ebenso kann er bei geringen Gefahren die Zahl 20 in seiner Unfallverhütungsvorschrift erhöhen. Die Zahl der gesetzlich bestellten Sicherheitsbeauftragten in den Betrieben belief sich 2004 auf mehr als 560.000. Sie haben die Unternehmen bei der Durchführung des Unfallschutzes zu unterstützen, insbesondere sich vom Vorhandensein und der ordnungsgemäßen Benutzung der vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen laufend zu überzeugen.

### **Personenkreis**

*19* In der Unfallversicherung sind ca. 57,8 Mio. Personen (ohne Schülerunfallversicherung) versichert. Die Zahl der so genannten Vollarbeiter beträgt 36,9 Mio. Personen. „Vollarbeiter“ ist eine Rechengröße, die im Allgemeinen als Grundlage für statistische Erhebungen, insbesondere zur Berechnung der Unfallhäufigkeit, dient. Die verschiedenen zeitlichen Beschäftigungsverhältnisse (z. B. Teilzeit- und Nebenbeschäftigungen, Überstunden) werden zur Ermittlung der Zahl der Vollarbeiter auf Beschäftigungsverhältnisse mit normaler ganztägiger Arbeitszeit umgerechnet. Außerdem sind in der Un-

fallversicherung rd. 17,5 Mio. Schüler, Studierende und Kinder in Tageseinrichtungen versichert (Zahlen für 2004).

## Versicherungspflicht

### Versicherung kraft Gesetzes

20 Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz erstreckt sich auf verschiedene Personengruppen. Die weitaus größte Gruppe bilden die Arbeitnehmer und die ihnen gleich gestellten Personen. Kraft Gesetzes sind versichert alle Beschäftigten (einschließlich der Heimarbeiter) unabhängig von der Höhe ihres Arbeitsentgelts, außerdem Zwischenmeister und Hausgewerbetreibende sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner. Versichert sind auch Personen, die ihrer allgemeinen Meldepflicht nach den Vorschriften des Arbeitsförderungsrechts (Drittes Buch Sozialgesetzbuch - SGB III) nachkommen. Dies betrifft Arbeitslose, die Anspruch auf Arbeitslosengeld erheben und sich nach Aufforderung der Agentur für Arbeit bei dieser oder einer anderen in der Meldeaufforderung bezeichneten Stelle persönlich melden oder zu einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin erscheinen. Die Vorschriften über die allgemeine Meldepflicht gelten entsprechend für Personen, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen.

21 Zu den versicherten Personen gehören die landwirtschaftlichen Unternehmer, ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner sowie die - nicht nur vorübergehend im landwirtschaftlichen Unternehmen mitarbeitenden - Familienangehörigen. Kraft Gesetzes sind außerdem die Unternehmer gewerblicher Kleinbetriebe der Küstenschifffahrt und Küstenfischerei und ihre mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner versichert.

22 Die Unfallversicherung schützt auch Personen, die im Interesse des Gemeinwohls tätig werden. Hierzu gehören die im Gesundheitswesen, in der Wohlfahrtspflege, in einem Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen sowie im Zivilschutz unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich, Tätigen. Auch die so genannten Nothelfer, nämlich Lebensretter und Personen, die von einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts zur Unterstützung bei einer Diensthandlung zugezogen werden, gehören zum versicherten Personenkreis, ebenso wie Personen, die sich bei Verfolgung oder Festnahme einer Person, die

einer strafbaren Handlung verdächtig ist, oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen. Versichert sind ferner Blutspender und Organspender. Personen, die sich Untersuchungen, Prüfungen oder ähnlichen Maßnahmen unterziehen, die aufgrund von Rechtsvorschriften zur Aufnahme einer versicherten Tätigkeit oder infolge einer abgeschlossenen versicherten Tätigkeit erforderlich sind, soweit diese Maßnahmen vom Unternehmen oder einer Behörde veranlasst worden sind (z. B. Untersuchungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften), sind ebenfalls kraft Gesetzes versichert. Schließlich sind alle Personen versichert, die für Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts oder deren Verbände und Arbeitsgemeinschaften, für öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften oder im Bildungswesen ehrenamtlich tätig werden oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeit teilnehmen. Dies gilt ebenso für Personen, die in Vereinen oder Verbänden im Auftrag oder mit Zustimmung von Gebietskörperschaften oder öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften ehrenamtlich tätig werden oder an Ausbildungsveranstaltungen für diese Tätigkeiten teilnehmen. Öffentlich-rechtliche Weltanschauungsgemeinschaften sind den öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften auch insoweit gleichgestellt. Versichert sind auch die von einem Gericht, einem Staatsanwalt oder einer sonst dazu berechtigten Stelle zur Beweiserhebung herangezogenen Zeugen. In den Schutz der Unfallversicherung sind ebenfalls Entwicklungshelfer einbezogen, wenn sie im Ausland für eine begrenzte Zeit beschäftigt sind oder für eine solche Beschäftigung im Bundesgebiet vorbereitet werden. Geschützt sind weiterhin Beschäftigungen von Deutschen im Ausland bei einer amtlichen Vertretung des Bundes oder der Länder, sowie unter bestimmten Voraussetzungen auch Tätigkeiten von Personen bei zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisationen oder als vom Auswärtigen Amt vermittelte Lehrkräfte im Ausland.

23 Die Unfallversicherung schützt Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen. Auch Kinder während des Besuchs von bestimmten Tageseinrichtungen (z. B. Kindergärten, Kinderhorte, Betreuung durch geeignete Tagespflegepersonen) und Schüler während des Besuchs allgemein- oder berufsbildender Schulen sind versichert. Geschützt sind diese ebenfalls während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken

mit der Schule durchgeführten Betreuungsmaßnahmen. Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen unterliegen ebenfalls dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Unter Versicherungsschutz stehen auch Kinder, Schüler und Studierende, wenn sie an einer auf einer Rechtsvorschrift beruhenden Maßnahme für die Aufnahme in Kinder-tageseinrichtungen, allgemein- oder berufsbildenden Schulen und Hochschulen teilnehmen.

24 Weiter sind Personen versichert, die im Rahmen der Selbsthilfe beim Hausbau einschließlich der Aufschließung und Kultivierung des Geländes, der Herrichtung von Wirtschaftsanlagen und der Herstellung von Gemeinschaftsanlagen mitwirken, wenn durch das Bauvorhaben öffentlich geförderte Wohnungen geschaffen werden sollen.

25 Versichert in der Unfallversicherung sind daneben Personen während der Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen oder einer auf Kosten eines Unfallversicherungsträgers durchgeführten vorbeugenden Maßnahme nach der Berufskrankheiten-Verordnung. Auch Personen, die zur Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Aufforderung eines Rehabilitations-trägers diesen oder eine andere Stelle aufsuchen, sind gegen Unfall versichert.

26 Versicherungsschutz in der Unfallversicherung haben auch Pflegepersonen bei der Pflege von Pflegebedürftigen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung pflegen. Tätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung sind nur dann versicherte Tätigkeiten mit der Folge eines Unfallversicherungsschutzes, wenn sie überwiegend dem Pflegebedürftigen zugute kommen.

27 Personen, die als Leibesfrucht (nasciturus) durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit während der Schwangerschaft ihrer Mutter geschädigt worden sind, sind in den Schutz der Unfallversicherung einbezogen. Sie werden wie Versicherte entschädigt. Es ist ausreichend, wenn das Kind durch Einwirkungen geschädigt ist, die bei der Mutter eine Berufskrankheit hätten hervorrufen können. Vor der Zeugung des Kindes liegende versicherte Erkrankungen oder Schädigungen begründen dagegen keinen Versicherungsschutz.

28 Wer die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nicht erfüllt, ist u. U. trotzdem versichert, wenn er wie ein Beschäftigter tätig wird.

29 Gegen Arbeitsunfall sind auch Personen versichert, die während einer aufgrund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung oder aufgrund strafrichterlicher, staatsanwaltlicher oder jugendbe-hördlicher Anordnung wie Beschäftigte tätig werden.

### **Versicherung kraft Satzung**

30 Durch ihre Satzung können die Träger der Unfallversicherung die Versicherungspflicht auf weitere Personen, insbesondere Unternehmer, die oben nicht genannt sind, und deren im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner erstrecken. Ausgenommen von der Erweiterungsmöglichkeit sind Haushaltsführende, Fischerei- oder Jagdgäste, Unternehmer von nicht gewerbsmäßig betriebenen Binnenfischereien und Imkereien sowie ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner und Reeder, die nicht zur Besatzung des Fahrzeugs gehören sowie ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner.

31 Ferner kann die Satzung bestimmen, dass und unter welchen Bedingungen Personen, die sich vorübergehend auf der Stätte des Unternehmens aufhalten, versichert sind, soweit sie nicht bereits nach anderen Vorschriften der Versicherung unterliegen. Zudem haben die Unfallkassen der Länder die Möglichkeit, durch entsprechende Regelungen in ihren Satzungen weitere Personengruppen ehrenamtlich Tätiger und bürgerschaftlich Engagierter in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung aufzunehmen. Auch Beschäftigungen bei einer staatlichen deutschen Einrichtung im Ausland können kraft Satzung in den Versicherungsschutz aufgenommen werden.

### **Versicherungsfreiheit**

32 In der Unfallversicherung ist grundsätzlich nur eine Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes vorgesehen; eine Versicherungsbefreiung auf Antrag besteht nur bei landwirtschaftlichen Unternehmern und deren Ehegatten, sofern sie ein landwirtschaftliches Unternehmen bis zu einer Größe von 0,25 ha bewirtschaften; dies gilt nicht für Spezialkulturen (z. B. Tabak). Versicherungsfrei kraft Gesetzes sind insbesondere Beamte und ihnen gleich gestellte Personen hinsichtlich der Unfälle im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses, soweit für sie beamtenrechtliche Unfallfürsorgevorschriften oder entsprechende Grundsätze gelten. Versicherungsfrei sind ferner Personen, die bei Arbeitsunfällen Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz



oder Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für entsprechend anwendbar erklären (z. B. das Zivildienstgesetz), erhalten. Eine Ausnahme besteht für Versicherungsfälle, die zugleich Folge einer vorangegangenen Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes sind (auch wenn die Schädigung durch nachträgliche Auswirkungen eines kriegseigentümlichen Gefahrenbereichs – z. B. Minenexplosion – ausgelöst worden ist). Versicherungsfrei sind auch Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften, wenn ihnen nach den Regeln der Gemeinschaft Anwartschaft auf die dort übliche Versorgung gewährleistet und die Erfüllung gesichert ist. Versicherungsfrei sind ferner selbständig tätige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktiker und Apotheker sowie Verwandte, Schwägerne und Pflegekinder des Haushaltsführenden oder der Ehegatten oder Lebenspartner bei unentgeltlicher Beschäftigung im Haushalt mit Ausnahme landwirtschaftlicher Haushalte.

33 Versicherungsfrei sind außerdem Unternehmer von nicht gewerbsmäßig betriebenen Binnenfischereien und Imkereien und landwirtschaftlichen Unternehmen, die Tierhaltung ohne Bodenbewirtschaftung betreiben, wenn diese Unternehmen nicht gewerbsmäßig betrieben werden und nicht Neben- oder Hilfsbetrieb eines anderen landwirtschaftlichen Unternehmens sind. Gleiches gilt für deren mitarbeitende Ehegatten oder Lebenspartner, Verwandte, Schwägerne und Pflegekinder, die im Unternehmen unentgeltlich tätig sind. Versicherungsfrei sind auch Fischerei- oder Jagdgäste.

### Freiwillige Versicherung

34 Auf schriftlichen Antrag können sich Unternehmer und deren im Unternehmen mitarbeitende Ehegatten freiwillig gegen die Folgen von Arbeitsunfällen versichern. Ausgenommen von dieser Möglichkeit sind Haushaltsführende, Unternehmer von nicht gewerbsmäßig betriebenen Binnenfischereien und Imkereien, landwirtschaftliche Unternehmer, die Tierhaltung ohne Bodenbewirtschaftung betreiben und ihre Ehegatten sowie Fischerei- und Jagdgäste. Außerdem können sich Personen, die in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie Unternehmer selbständig tätig sind, freiwillig versichern. Zudem können sich gewählte Ehrenamtsträger in gemeinnützigen Organisationen freiwillig versichern. Eine freiwillige Versicherung begründen kön-

nen des Weiteren auch Personen, die sich in Gremien von Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerorganisationen ehrenamtlich engagieren.

### Versicherungsfall und Versicherungsumfang

35 Nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung haben Versicherte, die durch einen Arbeitsunfall verletzt worden oder an einer Berufskrankheit erkrankt sind, Ansprüche auf Heilbehandlung, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen sowie auf Geldleistungen während der Heilbehandlung und der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und gegebenenfalls auf Verletztenrente. Voraussetzung ist der Eintritt des Versicherungsfalls, also eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

36 Ein Arbeitsunfall ist ein Unfall infolge einer versicherten Tätigkeit. Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zum Gesundheitsschaden oder zum Tod führt und sich längstens innerhalb einer Arbeitsschicht zugetragen hat. Zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallgeschehen sowie zwischen dem Unfallgeschehen und dem Körperschaden muss jeweils ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Der Versicherungsumfang bestimmt sich nach der versicherten Arbeitstätigkeit. Eine versicherte Tätigkeit liegt vor, wenn sie den Interessen des Unternehmens zu dienen bestimmt ist.

Der Besuch einer Kindertageseinrichtung (z. B. Kindergarten oder -hort), einer Schule, einer Ausbildungsstätte oder einer Hochschule ist eine unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung fallende Tätigkeit; ein Unfall bei einer solchen Tätigkeit ist ein Arbeitsunfall. Dies gilt auch bei der Betreuung durch eine geeignete Tagespflegeperson.

Als Arbeitsunfälle gelten auch Unfälle bei einer mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung und Erneuerung des Arbeitsgeräts (auch wenn es vom Versicherten gestellt wird) oder einer Schutzausrüstung sowie deren Erstbeschaffung, wenn diese auf Veranlassung der Unternehmer erfolgt.

37 Der Gesetzgeber hat den Schutz der Unfallversicherung auf die so genannten Wegeunfälle ausgedehnt. Als Arbeitsunfälle gelten Unfälle auf einem mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden

Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit. Umwege, die der Versicherte macht, weil sein Kind wegen seiner oder seines Ehegatten beruflicher Tätigkeit fremder Obhut anvertraut wird, oder die gemacht werden, weil der Versicherte für den Weg nach und vom Ort der Tätigkeit mit anderen Personen eine Fahrgemeinschaft bildet, schließen die Versicherung nicht aus.

Hat der Versicherte am Ort der Tätigkeit lediglich eine Unterkunft, nicht aber seine Familienwohnung hat, wird dadurch die Versicherung auf dem Weg von und nach der Familienwohnung nicht ausgeschlossen.

38 Neben Arbeitsunfällen sind auch Berufskrankheiten Versicherungsfälle der Unfallversicherung. Eine Berufskrankheit ist eine Krankheit, welche die Bundesregierung in einer Rechtsverordnung bezeichnet und die ein Versicherter infolge einer versicherten Tätigkeit erleidet. Der Verordnungsgeber muss dabei prüfen, ob die Erkrankungen nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Voraussetzung für die Anerkennung des Versicherungsschutzes ist zum einen, dass die Gefährdung des Versicherten durch schädigende Einwirkungen auf seine versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein muss. Ein Leistungsanspruch aufgrund einer Berufskrankheit besteht zum anderen nur dann, wenn außerdem zwischen schädigender Einwirkung und Erkrankung ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit gegeben ist. Das bedeutet, es muss mehr für als gegen den Zusammenhang sprechen; die bloße „Möglichkeit“ reicht nicht aus.

Im Rahmen der Öffnungsklausel sind die Unfallversicherungsträger verpflichtet, durch die versicherte Tätigkeit verursachte Krankheiten wie eine Berufskrankheit zu entschädigen, die nur deshalb nicht in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen worden sind, weil die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über die besondere Gefährdung bestimmter Personengruppen in ihrer Arbeit bei der letzten Fassung der Berufskrankheiten-Verordnung noch nicht vorhanden waren. Gleiches gilt, wenn diese dem Verordnungsgeber nicht bekannt waren oder trotz Nachprüfung noch nicht ausreichten.

Im Berufskrankheitenrecht gilt der Anscheinsbeweis. Das bedeutet, dass zwischen besonderen Bedingun-

gen einer versicherten Tätigkeit und einer Berufskrankheit in der Berufskrankheitenliste dann ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen ist, wenn Versicherte dieser Gefahr der Erkrankung in erhöhtem Maße ausgesetzt waren und keine Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit vorliegen.

39 Die Leistungen der Unfallversicherung werden grundsätzlich von Amts wegen festgestellt; es bedarf keines Antrags der Versicherten oder ihrer Angehörigen. Der Unternehmer ist verpflichtet, Unfälle von Versicherten in seinem Unternehmen dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen, wenn Versicherte getötet oder so verletzt werden, dass sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig werden.

Verbotswidriges Handeln und fahrlässiges Verhalten des Versicherten mindern die Leistungen nicht. Ein Versicherungsfall liegt aber nicht vor, wenn ein Versicherter einen Arbeitsunfall, einen Wegeunfall oder eine Berufskrankheit absichtlich herbeigeführt hat. Personen, die den Tod des Versicherten vorsätzlich herbeigeführt haben, haben keinen Anspruch auf Leistungen.

Hat der Versicherte den Arbeitsunfall beim Begehen eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens erlitten, so können die Leistungen der Unfallversicherung ganz oder teilweise versagt werden. Hierzu muss ein rechtskräftiges strafgerichtliches Urteil vorliegen.

40 Als Folge eines Versicherungsfalles gilt auch ein Unfall, den der Versicherte bei der Durchführung der Heilbehandlung oder der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, bei der Wiederherstellung oder Erneuerung eines Hilfsmittels, bei einer zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles angeordneten Untersuchung oder auf einem dazu notwendigen Wege erleidet.

Das gilt auch, wenn der Versicherte nach Aufforderung des Unfallversicherungsträgers diesen oder andere Stellen zur Vorbereitung von Maßnahmen der Heilbehandlung oder der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufsucht.

## Leistungen der Unfallversicherung

### Allgemeines

41 Nach Eintritt des Versicherungsfalles (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) haben die Versicherten

Ansprüche auf die verschiedenen Leistungen der Unfallversicherung.

Die Unfallversicherung ersetzt durch Sach- und Geldleistungen den durch den Versicherungsfall verursachten Erwerbs- und Gesundheitsschaden. Sachschäden werden mit Ausnahme von Hilfsmitteln (z. B. eine beim Unfall beschädigte Brille) im Regelfall nicht ersetzt.

Neben den Leistungen aus der Unfallversicherung besteht kein zusätzlicher Anspruch auf Schmerzensgeld.

### **Heilbehandlung, Rehabilitation, Pflege und Geldleistungen**

42 Zu den Leistungen nach Eintritt des Versicherungsfalls gehören vor allem

- Heilbehandlung einschließlich Leistungen der medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen,
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und
- Geldleistungen.

43 Der Unfallversicherungsträger ist verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den eingetretenen Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und die Folgen zu mildern. Darüber hinaus sind die Versicherer möglichst auf Dauer beruflich wieder einzugliedern. Ihnen sind Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft bereitzustellen sowie Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu erbringen.

44 Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen.

45 Das gesamte Rehabilitationsrecht ist im Neunten Buch Sozialgesetzbuch geregelt. Dort sind die Regelungen für alle Sozialleistungsbereiche zusammengefasst und zu Teilhaberechten der Betroffenen ausgestaltet. Die Leistungen sind weitgehend einheitlich, unabhängig davon, aus welchem Leistungssystem (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung etc.) sie zu erbringen sind. Die wesentlichen Ziele und Inhalte sind in Kapitel 9 dargestellt. Die für die Unfallversicherung bedeutsamen Bereiche werden im Folgenden ergänzend erläutert.

## **Medizinische Leistungen**

### **Heilbehandlung**

46 Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine schnelle und sachgemäße Heilbehandlung und - soweit erforderlich - besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird.

47 Die Heilbehandlung wird grundsätzlich vom Tag des Versicherungsfalls an erbracht. Sie dauert an, solange sie entweder eine Beseitigung oder Besserung des Gesundheitsschadens erwarten lässt, oder besondere Maßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder seine Folgen zu mildern. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Minderung der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist.

48 Die Heilbehandlung umfasst insbesondere die Erstversorgung, ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln (einschließlich Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie) sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln (insbesondere Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch). Darüber hinaus werden häusliche Krankenpflege und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Belastungsproben und Arbeitstherapie erbracht. Für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel gelten dabei die nach dem Krankenversicherungsrecht bestimmten Festbeträge, wenn das Ziel der Heilbehandlung dadurch nicht gefährdet wird.

Zur Durchführung der Heilbehandlung soll jeder Unfallverletzte zunächst einen Durchgangsarzt aufsuchen. Dieser ist auf die Diagnose von Unfallverletzungen spezialisiert und entscheidet darüber, ob eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Behandlung erforderlich ist. Die Durchgangsarzte werden von den Landesverbänden der Berufsgenossenschaften bestellt. Der Durchgangsarzt kann dem Versicherten eine bestimmte Art der Heilbehandlung, einen bestimmten Facharzt oder ein bestimmtes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung vorschlagen. Das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl bleibt hiervon unberührt; er kann den Durchgangsarzt oder dessen Vorschläge ablehnen,

ohne dass die Unfallversicherung von ihrer Leistungspflicht frei wird. Nur so weit im Einzelfall Art und Schwere des Gesundheitsschadens eine besondere medizinische Behandlung erfordern, ist die Freiheit der Arztwahl eingeschränkt. Die in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführte Praxisgebühr wird in der Unfallversicherung nicht erhoben.

Die Berufsgenossenschaften haben daneben für bestimmte Erkrankungen und Verletzungen (z. B. bei Augen- und bei Hals-Nasen-Ohren-Verletzungen) besondere Verfahren entwickelt, die durch besonders qualifizierte Ärzte, berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhäuser und durch von Berufsgenossenschaften finanzierte oder finanziell unterstützte Sonderstationen in allgemeinen Krankenhäusern durchgeführt werden.

49 Wird bei einem Versicherungsfall ein Hilfsmittel (z. B. eine Brille oder eine Prothese) beschädigt oder geht verloren, wird es auf Kosten der Unfallversicherung wiederhergestellt oder ersetzt.

### **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

50 Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dienen dazu, Verletzte oder an einer Berufskrankheit Erkrankte nach ihrer Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung ihrer Neigungen und Fähigkeiten möglichst auf Dauer in das Berufsleben wieder einzugliedern. Dabei sind auch ihre Eignung, ihre bisherigen Tätigkeiten sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen zu berücksichtigen.

Die berufsfördernden Leistungen umfassen insbesondere Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung des Arbeitsplatzes; eingeschlossen sind Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme wie etwa Beratung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen. Auch Zuschüsse an Arbeitgeber gehören zum Leistungsumfang, sofern sie erforderlich sind, insbesondere für eine dauerhafte Eingliederung, die Aufnahme einer befristeten Probebeschäftigung oder eine Ausbildung oder Umschulung im Betrieb. Es werden auch die Kosten für Berufsfindung und Arbeitserprobung sowie für die Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen des Gesundheitsschadens erforderlichen Grundausbildung übernommen. Von besonderer Bedeutung ist die berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung. Die dabei entstehenden Kosten werden einschließlich der Kosten für einen schulischen Abschluss, der für die Teilnahme

an einer der Maßnahmen erforderlich ist, getragen. Die Leistungen umfassen weiterhin Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu sowie Arbeits- und Berufsförderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Zu den berufsfördernden Leistungen gehört auch die Übernahme von Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei auswärtiger Unterbringung der Versicherten. Berufsfördernde Leistungen können auch zum beruflichen Aufstieg erbracht werden, soweit dies unter Berücksichtigung von Leistungsfähigkeit, Eignung und Neigung der Versicherten angemessen ist.

51 Berufsfördernde Leistungen in Einrichtungen (Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke) werden erbracht, wenn dies nach Art und Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs erforderlich ist. Die Förderung setzt voraus, dass die Einrichtung eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation erwarten lässt, angemessene Teilnahmebedingungen bietet, behinderungsgerecht ist und die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet werden.

52 Berufsfördernde Leistungen allgemein sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Teilhabeziel zu erreichen; bei besonderen Umständen kann auch eine längere Förderung erfolgen. Leistungen zur beruflichen Bildung (Umschulung, Aus- und Weiterbildung) sollen in der Regel nur erbracht werden, wenn sie bei ganztägigem Unterricht nicht länger als zwei Jahre dauern, es sei denn, die Versicherten können nur über eine länger dauernde Maßnahme eingegliedert werden.

### **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

53 Die „dritte Säule“ der Rehabilitation bilden Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Sie stehen gleichwertig neben Heilbehandlung und berufsfördernden Leistungen und können somit auch unabhängig von diesen erbracht werden. Hierzu gehören insbesondere Hilfen

- zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
- zur Verständigung mit der Umwelt,
- bei Beschaffung, Erhalt und Ausstattung einer behindertengerechten Wohnung,

- zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie
- zur Teilhabe am kulturellen und gemeinschaftlichen Leben.

### **Ergänzende Leistungen**

54 Heilbehandlung, medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft werden durch weitere Leistungen ergänzt. Hierzu gehören

- ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Aufsicht,
- Reisekosten (auch für Familienheimfahrten) zur Durchführung der Leistungen,
- Betriebs- oder Haushaltshilfe sowie
- Kinderbetreuungskosten.

Reisekosten sind Fahr- und Transportkosten, Kosten des Gepäcktransports sowie Verpflegungs- und Übernachtungskosten, soweit erforderlich auch für eine Begleitperson. Entgangener Arbeitsverdienst einer Begleitperson wird ersetzt, wenn der Ersatz in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine fremde Pflegeperson entstehenden Kosten steht. Reisekosten werden im Regelfall für zwei Familienheimfahrten im Monat übernommen; statt der Kosten für die Familienheimfahrten können auch zwei Fahrten eines Angehörigen zum Aufenthaltsort der Versicherten ersetzt werden. Zum Ausgleich besonderer Härten kann den Versicherten oder ihren Angehörigen daneben eine besondere Unterstützung gewährt werden.

55 Darüber hinaus werden zur Teilhabe am Arbeitsleben u. a. auch folgende ergänzende Leistungen erbracht:

- medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen,
- Übernahme der Kosten, die mit der beruflichen Rehabilitation in unmittelbarem Zusammenhang stehen (insbesondere Lehrgangskosten, Kosten für Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung usw.),
- Überbrückungsgeld zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Kraftfahrzeughilfe,

- Wohnungshilfe oder
- sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolges der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe.

Kraftfahrzeughilfe wird erbracht, wenn Versicherte infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, um die Eingliederung in das Berufsleben oder die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Kraftfahrzeughilfe umfasst Leistungen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs, für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung und zur Erlangung einer Fahrerlaubnis.

Wohnungshilfe wird erbracht, wenn infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend die behinderungsgerechte Anpassung vorhandenen oder die Bereitstellung behindertengerechten Wohnraums erforderlich ist. Wohnungshilfe wird - soweit erforderlich - auch zur Sicherung der beruflichen Eingliederung erbracht; das Vorliegen einer Behinderung wird nicht vorausgesetzt. Die Wohnungshilfe umfasst auch Umzugskosten sowie Kosten für die Bereitstellung von Wohnraum für eine Pflegekraft.

### **Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**

56 Sind Versicherte infolge des Versicherungsfalls so hilflos, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßigen Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe bedürfen, haben sie Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit. Es wird ein Pflegegeld gezahlt; auf Antrag kann stattdessen eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Einrichtung erbracht werden (Heimpflege). Die Leistungen der Unfallversicherung gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Für das Pflegegeld sind Mindest- und Höchstbeträge festgesetzt (Beträge im Jahr 2006: zwischen 295 Euro und 1.180 Euro in den alten Bundesländern und zwischen 256 Euro und 1.023 Euro in den neuen Bundesländern). Innerhalb dieser Grenzen hat der Träger der Unfallversicherung das Pflegegeld individuell unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Gesundheitsschadens sowie des Umfangs der erforderlichen Hilfe festzusetzen. In Einzelfällen kann Pflegegeld auch über den Höchstbetrag hinaus gewährt werden.



Das Pflegegeld wird entsprechend der Anpassung der übrigen Geldleistungen in der Unfallversicherung erhöht (Rdnr. 98).

### Höhe des Pflegegeldes

Jahr	DM/Monat/West	DM/Monat/Ost
1949	025 bis 0.100	
1961	100 bis 0.350	
1970	133 bis 0.534	
1975	225 bis 0.900	
1980	326 bis 1.300	
1985*)	394 bis 1.573	
1990	450 bis 1.802	
1991	473 bis 1.893	238 bis 0.953
1995	527 bis 2.106	410 bis 1.642
2000	548 bis 2.193	471 bis 1.882
2001	558 bis 2.235	481 bis 1.922
Jahr	Euro/Monat/West	Euro/Monat/Ost
2002	292 bis 1.168	253 bis 1.011
2003	295 bis 1.180	256 bis 1.023
2004	295 bis 1.180	256 bis 1.023
2005	295 bis 1.180	256 bis 1.023
2006	295 bis 1.180	256 bis 1.023

\*) Neue Werte ab 1985 jeweils ab 1. Juli des Jahres

## Geldleistungen während der Heilbehandlung und der beruflichen Rehabilitation

### Verletztengeld

57 Während der Heilbehandlung erhalten Versicherte Verletztengeld, solange sie infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können. Das Verletztengeld soll das in diesem Zeitraum ausfallende Entgelt ersetzen. Voraussetzung ist, dass unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Lohnersatzleistungen (z. B. Krankengeld oder Arbeitslosengeld) bestand. Verletztengeld wird auch für die Zeit bis zum Beginn von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht, wenn diese erforderlich sind, sich nicht unmittelbar an die Heilbehandlung anschließen und der Versicherte eine Tätigkeit nicht wieder aufnehmen oder aus wichtigem Grund nicht ausüben kann. Auch im Fall einer Wiedererkrankung an den Folgen eines Versicherungsfalls erhalten Versicherte Verletztengeld.

58 Für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit haben Arbeitnehmer regelmäßig gegen den Arbeitgeber einen Anspruch auf Lohnfortzahlung. In diesem Zeitraum wird daher kein Verletztengeld gezahlt. Ist vor der Heilbehandlung kein Arbeitsent-

gelt erzielt worden, wird Verletztengeld ebenfalls nicht gezahlt. Daher erhalten Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler und Studenten auch nur dann Verletztengeld, wenn sie Entgelt erzielt hatten. Bei Schülern kommt dies nur gelegentlich, bei Studenten jedoch häufiger vor. Des Weiteren hat ein berufstätiger Elternteil Anspruch auf Verletztengeld in Fällen, in denen er wegen der Betreuung seines bei einem Versicherungsfall (z. B. ein Schulunfall) verletzten Kindes seine Tätigkeit vorübergehend unterbricht.

59 Das Verletztengeld wird von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird oder mit dem Tag des Beginns der Heilbehandlung. Kommt ein Arbeitgeber seiner Verpflichtung, Lohn oder Gehalt fortzuzahlen, nicht nach, erhalten Versicherte ebenfalls Verletztengeld. Der Anspruch auf Verletztengeld endet regelmäßig mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder dem letzten Tag, an dem der Versicherte an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme gehindert war. Er endet außerdem mit dem letzten Tag vor einem Anspruch auf Übergangsgeld. Der Anspruch auf Verletztengeld ist grundsätzlich unbefristet; ist mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen und sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen, ist die Dauer des Anspruchs aber auf 78 Wochen begrenzt.

60 Die Höhe des Verletztengeldes berechnet sich bei Arbeitnehmern grundsätzlich wie das Krankengeld; es beträgt jedoch 80 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens vor dem Unfall, darf aber das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Versicherte Unternehmer oder diesen gleichgestellte Personen erhalten Verletztengeld je Kalendertag in Höhe des 450. Teils ihres Jahresarbeitsverdienstes; dies entspricht dem auf den Kalendertag entfallenden Verletztengeld für Arbeitnehmer.

61 Landwirtschaftliche Unternehmer haben im Versicherungsfall Anspruch auf Betriebshilfe oder Haushaltshilfe. Näheres hinsichtlich Dauer, Umfang und Art der Leistungen bestimmt das Satzungsrecht der Unfallversicherungsträger. Anstelle einer Ersatzkraft oder der Kostenerstattung für eine solche kann auch die Zahlung von Verletztengeld in Betracht kommen.

62 Tritt bei einer Wiedererkrankung an Unfallfolgen erneut Arbeitsunfähigkeit ein, berechnet sich das Verletztengeld nach dem Entgelt, das die Versicherten vor Beginn der Wiedererkrankung erzielt haben.



## Übergangsgeld

63 Übergangsgeld wird erbracht, wenn Versicherte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten. Es wird während der gesamten Dauer dieser Leistungen gezahlt. Daneben können Versicherte schon während des Übergangsgeldbezugs Rentenleistungen erhalten; hierdurch wird eine Benachteiligung der schwerer Verletzten mit langen Rehabilitationszeiten vermieden.

64 In bestimmten Fällen wird das Übergangsgeld auch nach dem Ende von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitergezahlt:

- wenn nach Abschluss der Leistungen weitere berufsfördernde Maßnahmen erforderlich sind und diese nicht unmittelbar im Anschluss durchgeführt werden können, ohne dass der Versicherte dies zu vertreten hat (Wartezeitüberbrückung),
- wenn Versicherte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen abbrechen, voraussichtlich später aber wieder in Anspruch nehmen können (Unterbrechungsüberbrückung); Leistungsdauer bis zu sechs Wochen,
- wenn Versicherte im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben arbeitslos sind, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben und keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten haben (Anschlussübergangsgeld); Leistungsdauer bis zu drei Monaten.

65 Nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch gelten für alle Sozialversicherungszweige einheitliche Regelungen über Höhe und Berechnung des Übergangsgeldes. Die Einzelheiten sind in Kapitel 9 dargestellt. Allgemein gilt Folgendes:

Der Berechnung des Übergangsgeldes werden 80 v. H. des regelmäßigen Arbeitsentgelts und -einkommens zugrunde gelegt, höchstens aber das bisherige Nettoentgelt.

Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte, die ein Kind haben, 75 v. H. dieses Betrags. Dasselbe gilt im Fall der Pflegebedürftigkeit des Versicherten oder seines Ehegatten, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben.

Bei den übrigen Versicherten beträgt das Übergangsgeld 68 v. H. des Betrags.

66 Auf das Verletzten- und Übergangsgeld wird Einkommen grundsätzlich angerechnet. Bei Arbeitnehmern kommt insbesondere die Anrechnung von Arbeitsentgelt in Betracht, das sie als Lohnfortzahlung erhalten; dieses wird für die Anrechnung um die gesetzlichen Abzüge vermindert. Bei sonstigen Versicherten wie etwa Unternehmern wird das anzurechnende Einkommen pauschal um 20 v. H. vermindert. Angerechnet werden des Weiteren auch Entgeltersatzleistungen, wie Mutterschaftsgeld, Kurzarbeitergeld, Unterhaltsgeld sowie Leistungen nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch (z. B. Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II), auch wenn sie wegen einer Sperrzeit ruhen.

67 Verletztengeld und Übergangsgeld werden entsprechend der Entwicklung der Bruttolöhne erhöht; die Versicherten nehmen damit an der allgemeinen Entwicklung von Löhnen und Gehältern teil. Darüber hinaus zahlen die Träger der Unfallversicherung für Rehabilitanden unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Krankenversicherung, zur Pflegeversicherung, zur Rentenversicherung und an die Bundesagentur für Arbeit. Damit ist auch für eine umfassende soziale Sicherung der Rehabilitanden gesorgt.

## Renten, Beihilfen, Abfindungen

### Renten an Versicherte

68 Die wichtigste Form der finanziellen Entschädigungsleistungen ist die Rente. Die Rente soll die durch den Versicherungsfall bedingte dauerhafte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ausgleichen. Sie hat darüber hinaus auch „Schmerzensgeldfunktion“. Dabei gilt in der Unfallversicherung eine abstrakte Schadensberechnung. Es kommt daher nicht darauf an, welche Erwerbsminderung im Vergleich zu der vor dem Arbeitsunfall konkret ausgeübten Tätigkeit eingetreten ist. Neben der Rente erzieltes Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen wird daher nicht auf die Rente angerechnet.

69 Voraussetzung für den Anspruch auf Rente ist, dass die Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v. H. über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus gemindert ist. Bei Vorhandensein einer Vorschädigung, z. B. durch einen früheren Arbeitsunfall, wird Rente auch gezahlt, wenn die einzelnen Erwerbsminderungen unter 20 v. H. liegen, zusammen aber mindestens diesen Wert erreichen. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind aber nur dann zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit des Versicherten, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten Kenntnissen, körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen. Im Allgemeinen ist die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vor dem Unfall mit 100 v. H. zu bewerten. Der Vergleich mit der nach dem Unfall verbliebenen Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergibt die durch die Rente zu entschädigende Erwerbsminderung. In Ausnahmefällen wird auch der Verlust besonderer beruflicher Kenntnisse und Erfahrungen berücksichtigt (Beispiel: Fingerverlust eines Pianisten).

70 Diese Grundsätze gelten sinngemäß auch für unfallverletzte Kinder und Jugendliche. Für sie ist die Rente weniger ein Ausgleich für augenblicklich entfallende Arbeitsmöglichkeiten; sie ist vielmehr im Hinblick auf die künftige wirtschaftliche Existenzsicherung von Bedeutung.

71 Die in der Öffentlichkeit bekannte „Gliedertaxe“ die für bestimmte Schädigungen feste Prozentsätze nennt, hat in der gesetzlichen Unfallversicherung keinen verbindlichen Charakter. Sie spiegelt nur langjährige Erfahrungswerte wider, die bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten individuell zu berücksichtigen sind.

## Berechnungsgrundlage für die Renten

### Jahresarbeitsverdienst

72 Die Renten der Unfallversicherung werden überwiegend nach dem Jahresarbeitsverdienst der Versicherten berechnet. Der Jahresarbeitsverdienst ist der Gesamtbetrag der Arbeitsentgelte und -einkommen in den vollen zwölf Kalendermonaten vor dem Arbeitsunfall. Bei Berufskrankheiten gilt für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes, wenn es für die Berechtigten günstiger ist, als Zeitpunkt des Versicherungsfalls der letzte Tag, an dem sie Arbeiten verrichtet haben, die ihrer Art nach geeignet waren, die Berufskrankheit zu verursachen.

73 Für den Jahresarbeitsverdienst sind Mindest- und Höchstgrenzen bestimmt. Mindestjahresarbeitsverdienst ist für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 60 v. H., für Personen, die das 15., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, 40 v. H. der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgebenden Bezugsgröße für die Sozialversiche-

rung. Für Kinder beträgt der Jahresarbeitsverdienst bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres 25 v. H., ab Vollendung des 6. bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres 33 1/3 v. H. der maßgebenden Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist das durchschnittliche Arbeitsentgelt aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten ohne Auszubildende im vorvergangenen Kalenderjahr; das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt die Bezugsgröße jährlich bekannt (Wert 2006: 29.400 Euro in den alten Bundesländern, 24.780 Euro in den neuen Bundesländern).

74 Die gesetzlich vorgegebene Höchstgrenze beträgt das Zweifache der im Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgebenden Bezugsgröße (Wert 2006: 58.800 Euro in den alten Bundesländern, 49.560 Euro in den neuen Bundesländern). Die Unfallversicherungsträger können in der Satzung eine höhere Obergrenze bestimmen; bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften beträgt der Satzungs-Höchstjahresarbeitsverdienst im Jahr 2006 je nach Berufsgenossenschaft zwischen 62.400 Euro und 84.000 Euro.

75 Im Bereich der See-Unfallversicherung gelten als Jahresarbeitsverdienst im Regelfall Durchschnittsgehüern. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gilt für die Unternehmer und ihre versicherten mitarbeitenden Ehegatten ein fester Betrag, der nach dem Grad der Erwerbsminderung abgestuft ist und an die allgemeine Einkommensentwicklung angepasst wird (Werte 2006: Bei unter 50% MdE 10.655,59 Euro; bei 50 bis 70% MdE 13.319,49 Euro, bei 75 bis 100% MdE 15.983,39 Euro). Weitere Abweichungen tragen den besonderen Verhältnissen bestimmter Personengruppen Rechnung. So kann für Versicherte, die sich zur Zeit des Versicherungsfalls noch vor Beginn der Schul- oder Berufsausbildung oder in dieser Ausbildungszeit befunden haben oder noch nicht 30 Jahre alt waren, der Jahresarbeitsverdienst für die Zeit nach der Ausbildung neu berechnet bzw. dem Arbeitsentgelt eines höchstens 30jährigen angepasst werden, wenn es für den Berechtigten günstiger ist; zugrunde zu legen ist das Entgelt, das für Personen gleichen Alters und gleicher Ausbildung und Tätigkeit durch Tarif festgelegt oder sonst ortsüblich ist.

76 Der errechnete Jahresarbeitsverdienst kann im Rahmen der Mindest- und Höchstgrenzen erhöht oder gemindert werden, wenn er gegenüber dem tatsächlich erzielten in erheblichem Maße unbillig ist.

77 Dient der Jahresarbeitsverdienst zur Berechnung des Verletztengeldes im Fall der Wiedererkrankung, so sind die Verhältnisse des Jahres vor dem Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit zugrunde zu legen.

78 Der Jahresarbeitsverdienst gilt grundsätzlich auch für die Berechnung von Geldleistungen an Hinterbliebene. War der Jahresarbeitsverdienst infolge eines früheren Versicherungsfalles des Verstorbenen geringer als sein vorheriges Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, wird dem Jahresarbeitsverdienst die Rente des Verstorbenen hinzugerechnet.

### Höhe der Rente

79 Die Rente beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes, wenn Versicherte ihre Erwerbsfähigkeit verloren haben (Vollrente). Die Vollrente ist damit im Regelfall nicht höher als das frühere Nettoentgelt. Ist die Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Versicherungsfalles eingeschränkt, beträgt die Rente den Teil der Vollrente, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

#### Beispiel für die Rentenberechnung

Bruttojahresarbeitsverdienst vor dem Unfall  
48.000 Euro

- Vollrente = 2/3 des Jahresarbeitsverdienstes:  
32.000 Euro jährlich/2.666,67 Euro monatlich
- Teilrente bei 30% Erwerbsminderung = 30%  
der Vollrente: 9.600 Euro jährlich/800 Euro  
monatlich.

80 In bestimmten Fällen werden zur Rente besondere Zulagen gezahlt. So erhöht sich die Rente eines Schwerverletzten (Minderung der Erwerbsfähigkeit 50 v. H. oder mehr) um 10 v. H., wenn er infolge des Versicherungsfalles einer Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen kann und keinen Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung hat. Sind Versicherte infolge des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit ohne Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen und erreicht die Rente zusammen mit dem Arbeitslosengeld oder dem Arbeitslosengeld II nicht die Höhe des Übergangsgeldes, so wird die Rente längstens für zwei Jahre nach ihrem Beginn um den Unterschiedsbetrag erhöht.

### Beginn, Änderung und Ende von Renten

81 Renten an Versicherte werden von dem Tag an gezahlt, nach dem der Anspruch auf Verletztengeld

geendet hat. Wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist, beginnt die Rente am Tag nach dem Unfall; dies wird in der Regel auf Kinder, Schüler und Studenten zutreffen. Ändern sich die tatsächlichen oder rechtlichen Voraussetzungen, die zur Rentenzahlung geführt haben (z. B. eine höhere Erwerbsminderung infolge Verschlimmerung der Verletzungsfolgen), ist die Rente neu zu berechnen. Sind Renten befristet, enden sie mit Ablauf der Frist.

### Abfindung von Renten

82 Unter bestimmten Voraussetzungen können Versicherte anstelle der Rente einen einmaligen Betrag als Abfindung erhalten.

83 Ist zu erwarten, dass die Erwerbsminderung nur für längstens drei Jahre besteht, können Versicherte durch eine Gesamtvergütung in Höhe des voraussichtlichen Rentenbetrags abgefunden werden.

84 Die weiteren Abfindungsmöglichkeiten richten sich im Wesentlichen nach dem Grad, der Erwerbsminderung. Voraussetzung ist, dass in den Verletzungs- bzw. Erkrankungsfolgen ein gewisser Dauerzustand eingetreten ist. Dann können Versicherte auf ihren Antrag mit einem dem Kapitalwert der Rente entsprechenden Betrag abgefunden werden, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit weniger als 40 v. H. beträgt. Der Rentenanspruch erlischt in diesen Fällen grundsätzlich auf Lebenszeit. Bei nachträglicher Verschlimmerung (Erhöhung um mehr als 5 v. H.) lebt der Rentenanspruch für diesen Teil wieder auf. Beträgt die Minderung der Erwerbsfähigkeit 40 v. H. oder mehr, kann Versicherten eine auf längstens 10 Jahre beschränkte Abfindung bewilligt werden; Voraussetzung ist, dass sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und bei ihnen nicht zu erwarten ist, dass innerhalb des Abfindungszeitraums die Erwerbsminderung wesentlich sinkt. Die Abfindung kann in diesen Fällen die Rente bis zur Hälfte umfassen. Als Abfindung wird das Neunfache des der Abfindung zugrunde liegenden Jahresbetrags der Rente gezahlt. Der Anspruch auf den abgefundenen Teil der Rente erlischt für 10 Jahre.

85 Werden Versicherte nach einer Abfindung zu Schwerverletzten, lebt auf Antrag der Anspruch auf Rente in vollem Umfang wieder auf. Die gezahlte Abfindungssumme wird auf die Rente angerechnet.

### Weitere Leistungen

86 Besteht für Versicherte die Gefahr der Entstehung, Wiedereinstellung oder Verschlimmerung einer

Berufskrankheit, so hat der Träger der Unfallversicherung mit allen geeigneten Mitteln dieser Gefahr entgegenzuwirken. Ist die Gefahr nicht zu beseitigen, sind die Versicherten aufzufordern, die gefährdende Tätigkeit zu unterlassen. Stellen Versicherte die Tätigkeit ein, weil die Gefahr nicht zu beseitigen ist, wird ihnen zum Ausgleich einer dadurch verursachten Verdienstminderung oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile eine Übergangsleistung gezahlt. Das ist ein einmaliger Betrag bis zur Höhe der Jahresvollrente oder eine monatlich wiederkehrende Zahlung bis zur Höhe der Vollrente, längstens für die Dauer von fünf Jahren. Diese Übergangsleistungen werden neben einer Rente gezahlt.

## Leistungen an Hinterbliebene

### Sterbegeld und Überführungskosten

87 Ist der Tod eines Versicherten durch einen Versicherungsfall eingetreten, wird an die Hinterbliebenen (Witwen/Witwer, Kinder und Enkel, Geschwister, Eltern) ein pauschales Sterbegeld in Höhe von einem Siebtel der im Zeitpunkt des Todes geltenden Bezugsgröße gezahlt (Höhe 2006: 4.200 Euro in den alten Bundesländern, 3.540 Euro in den neuen Bundesländern). Ist der Tod nicht am Ort der ständigen Familienwohnung des Versicherten eingetreten, werden außerdem die Überführungskosten erstattet. Voraussetzung ist, dass der Versicherte sich dort aus Gründen aufgehalten hat, die im Zusammenhang mit seiner versicherten Tätigkeit oder mit den Folgen des Versicherungsfalls stehen. Das Sterbegeld sowie die Überführungskosten werden an denjenigen gezahlt, der die Kosten der Bestattung und Überführung trägt. Haben außenstehende Dritte die Bestattung veranlasst, werden ihnen die tatsächlich entstandenen Kosten bis zur Höhe des Sterbegeldes erstattet.

### Hinterbliebenenrenten

88 Hinterbliebenenrente wird dem Ehegatten, dem früheren Ehegatten, den Kindern und den Verwandten der aufsteigenden Linie eines infolge Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit verstorbenen Versicherten vom Todestag an gewährt. Dies gilt auch, wenn der Versicherte als verschollen gilt.

### Witwen- und Witwerrente

89 Die Witwen- oder Witwerrente beträgt jährlich 30 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen (kleine Witwen-/Witwerrente).

Die Rente beträgt 40 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes (große Witwen-/Witwerrente), wenn die Berechtigten

- das 45. Lebensjahr vollendet haben oder
- solange sie erwerbsgemindert im Sinne der Rentenversicherung sind oder
- ein waisenrentenberechtigtes Kind erziehen oder
- für ein Kind sorgen, das wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung Anspruch auf Waisenrente hat.

Die kleine Witwen-/Witwerrente wird längstens für 24 Kalendermonate nach Ablauf des Monats, in dem der Ehegatte verstorben ist, oder bis zur Wiederverheiratung gezahlt. War der Ehegatte bereits vor dem 01.01.2002 verstorben oder wurde die Ehe vor diesem Tag geschlossen und ist mindestens ein Ehegatte vor dem 2. Januar 1962 geboren, wird die Witwen- oder Witwerrente zeitlich unbegrenzt gezahlt.

Die große Witwen-/Witwerrente wird ohne zeitliche Begrenzung gezahlt, solange ihre besonderen Voraussetzungen vorliegen.

Eigenes Einkommen des Berechtigten wird auf die Witwen- oder Witwerrente teilweise angerechnet. Es besteht ein Freibetrag; dieser beträgt im Jahr 2006: 689,83 Euro in den alten Bundesländern und 606,41 Euro in den neuen Bundesländern. Er erhöht sich für jedes waisenrentenberechtigtes Kind des Berechtigten um 146,33 Euro bzw. um 128,63 Euro. Liegt das Einkommen über dem Freibetrag, werden von dem übersteigenden Betrag 40% auf die Rente angerechnet. Was als Einkommen angerechnet wird, wie es ermittelt wird und in welcher Weise Einkommensänderungen zu berücksichtigen sind, wird in den Erläuterungen zur Einkommensanrechnung in der Rentenversicherung (siehe Kapitel 6 Rdnr. 308ff) dargestellt.

90 Früheren Ehegatten des Verstorbenen wird auf Antrag Rente gezahlt, wenn er ihnen gegenüber zur Zeit des Todes unterhaltspflichtig war oder während des letzten Jahres vor dem Tod Unterhalt geleistet hat. Auch für diese Renten gelten beim Zusammenreffen mit Einkommen die beschriebenen Anrechnungsregelungen. Sind mehrere frühere Ehegatten vorhanden, so erhält jeder nur den Teil der Rente, der im Verhältnis zu den anderen Berechtigten der Dauer seiner Ehe mit dem Versicherten entspricht.

**Bestand der Renten in 1000 am Jahresende**

Jahr	insgesamt	Verletzte und Erkrankte	Witwen und Witwer	Waisen	Jahr	insgesamt	Verletzte und Erkrankte	Witwen und Witwer	Waisen
<b>Gewerbliche Berufsgenossenschaften</b>					<b>Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften</b>				
1950	376,6	265,5	74,8	34,7	1950	193,3	163,9	20,2	9,0
1955	515,1	384,4	92,8	36,3	1955	233,4	203,9	21,0	8,3
1960	598,5	457,1	105,5	34,7	1960	233,1	204,7	21,2	7,1
1965	684,7	520,8	119,2	43,3	1965	239,0	209,0	21,7	8,2
1970	704,4	534,1	124,7	44,9	1970	227,7	199,0	20,7	7,9
1975	721,1	547,4	126,0	47,0	1975	213,0	187,0	19,4	6,6
1980	725,9	560,6	122,1	42,6	1980	197,4	174,5	17,5	5,4
1985	710,3	564,5	113,8	31,5	1985	180,7	161,7	15,3	3,6
1990	682,5	557,9	103,3	20,7	1990	187,1	169,7	15,2	2,2
1991*	902,9	762,6	119,5	20,5	1991*	188,2	170,9	15,1	2,2
1995	896,5	758,9	117,5	20,0	1995	179,2	162,8	14,2	2,2
2000	873,0	742,8	112,0	18,2	2000	164,7	150,3	12,5	1,9
2001	866,1	737,4	110,6	18,1	2001	163,1	148,9	12,3	1,9
2002	858,3	731,2	109,3	17,8	2002	160,6	146,7	12,0	1,9
2003	847,8	722,2	108,1	17,5	2003	157,7	144,1	11,7	1,9
2004	838,9	715,0	107,0	16,9	2004	155,2	141,9	11,5	1,8

Jahr	insgesamt	Verletzte und Erkrankte	Witwen und Witwer	Waisen	Jahr	insgesamt	Verletzte und Erkrankte	Witwen und Witwer	Waisen
<b>Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand</b>					<b>insgesamt</b>				
1950	66,4	47,2	14,6	9,1	1950	636,3	471,6	109,6	52,7
1955	81,2	60,6	16,0	8,1	1955	829,7	645,0	129,9	52,6
1960	84,3	66,5	15,9	5,5	1960	916,0	724,4	142,7	47,2
1965	87,2	68,8	16,5	4,9	1965	1010,9	795,5	157,4	56,4
1970	86,1	56,9	15,7	4,5	1970	1018,2	798,8	161,1	57,3
1975	84,0	51,1	14,7	4,8	1975	1018,1	798,7	160,0	58,5
1980	81,3	63,2	13,7	4,4	1980	1004,5	798,3	153,3	52,3
1985	75,9	60,5	12,2	3,3	1985	966,9	786,7	141,3	38,4
1990	76,7	63,7	10,9	2,1	1990	946,3	791,3	129,6	25,0
1991*	95,8	81,6	11,6	2,6	1991*	1186,8	1015,1	146,2	25,2
1995	108,7	93,5	12,7	2,5	1995	1184,4	1015,2	144,4	24,7
2000	105,5	91,7	11,7	2,1	2000	1143,0	984,8	136,0	22,2
2001	104,1	90,8	11,3	2,0	2001	1133,3	977,1	134,2	22,0
2002	102,8	89,8	11,0	2,0	2002	1121,7	967,7	132,3	21,7
2003	101,1	88,4	10,7	2,0	2003	1106,6	954,7	130,5	21,4
2004	99,0	86,6	10,5	1,9	2004	1093,1	943,5	129,0	20,6

**Bestand an Renten bei Kindergartenkindern, Schülern und Studenten**

Jahr	insgesamt	Verletzte und Erkrankte	Witwen und Witwer	Waisen
1971	10	10	-	-
1972	344	337	2	3
1975	1708	1681	9	18
1980	4461	4391	19	48
1985	6725	6653	19	49
1990	9061	8993	27	41
1991	9393	9316	31	46
1995	11127	11032	42	50
2000	13590	13495	47	46
2001	14048	13958	46	44
2002	14604	14511	52	41
2003	15090	14993	52	41
2004	15340	15241	50	49

\*) Ab 1991 einschl. Beitrittsgebiet

91 Für die ersten drei Monate nach dem Tode des Versicherten erhalten Witwen oder Witwer eine Rente in Höhe der Vollrente des Versicherten. Die Anrechnungsregelungen beim Zusammentreffen mit Einkommen gelten nicht.

### Abfindung der Witwenrente und der Witwerrente

92 Witwen oder Witwer erhalten bei der ersten Wiederheirat eine Abfindung in Höhe der 24fachen durchschnittlichen Monatsrente der letzten zwölf Kalendermonate. Bei einer Rente, die auf längstens 24 Monate befristet war, vermindert sich der Abfindungsbetrag um die Anzahl an Kalendermonaten, für die bereits Rente gezahlt wurde. Unter bestimmten Voraussetzungen lebt die Witwen- oder Witwerrente bei Auflösung der Ehe gegebenenfalls unter Anrechnung der bei Wiederheirat gezahlten Abfindungssumme wieder auf. Ein von der Witwe oder dem Witwer infolge Auflösung oder Nichtigklärung der Ehe erworbener Unterhalts-, Renten- oder Versorgungsanspruch ist auf die Witwen- oder Witwerrente anzurechnen.

### Waisenrente

93 Kinder des Verstorbenen haben einen selbstständigen Anspruch auf Waisenrente. Auch Stiefkinder, Pflegekinder sowie Enkel und Geschwister, die in den Haushalt der Versicherten aufgenommen oder von ihnen überwiegend unterhalten wurden, sind rentenberechtigt. Waisenrente wird bis zum 18. Lebensjahr gezahlt, darüber hinaus bis zum 27. Lebensjahr, wenn die Waise sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Die Waisenrente beträgt bei Halbweisen jährlich 20 v. H., bei Vollweisen 30 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen.

94 Haben Waisen eigenes Einkommen, wird dieses auf die Rente angerechnet. Es gelten insoweit dieselben Regelungen, wie bei der Witwen- und Witwerrente. Der monatliche Freibetrag beträgt im Jahr 2006: 459,89 Euro in den alten Bundesländern und 404,27 Euro in den neuen Bundesländern.

### Elternrente

95 Hinterlassen Verstorbene Eltern oder Großeltern, die sie wesentlich aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten haben oder ohne den Versicherungsfall wesentlich unterhalten hätten, so erhalten diese eine

Rente von 20 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes für ein Elternteil (30 v. H. für ein Elternpaar), solange sie ohne den Versicherungsfall gegen den Verstorbenen einen Unterhaltsanspruch wegen Unterhaltsbedürftigkeit hätten geltend machen können; hierbei haben Eltern vor Großeltern den Vorrang.

### Gemeinsame Vorschriften

96 Die Renten aller Hinterbliebenen dürfen zusammen 80 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen nicht übersteigen; ist dies der Fall, werden sie anteilig gekürzt.

97 War der Tod eines Schwerverletzten nicht Folge des Versicherungsfalls, so erhalten Witwen oder Witwer - unter bestimmten Voraussetzungen auch Waisen - eine einmalige Beihilfe von 40 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes. In besonders gelagerten Härtefällen ist die Zahlung einer laufenden Beihilfe möglich.

### Anpassung der Geldleistungen

98 Die Anpassung der Unfallrenten an die Lohnentwicklung orientiert sich grundsätzlich an der Rentenanpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Danach gilt Folgendes: Vom 1. Juli eines Jahres an werden die Unfallrenten für Versicherungsfälle, die im vorausgegangenen Kalenderjahr oder früher eingetreten sind, und das Pflegegeld entsprechend dem Vomhundertsatz angepasst, um den sich die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verändern. Der jeweilige Anpassungsfaktor wird durch Rechtsverordnung von der Bundesregierung festgesetzt. Damit nehmen die Rentner der gesetzlichen Unfallversicherung in gleicher Weise an der wirtschaftlichen Entwicklung teil wie die Rentner der Rentenversicherung.

### Rentenanpassungen

Jahr	v.H.	Jahr	v.H.: West	v.H.: Ost
1964	9,0	1.1.1991		15,0
1965	6,1	1.7.1991	5,04	15,0
1966	8,9	1.1.1992		11,65
1967	9,0	1.7.1992	3,05	12,73
1968	7,2	1.1.1993		6,10
1969	3,3	1.7.1993	4,45	14,12
1970	6,1	1.1.1994		3,64
1971	9,3	1.7.1994	3,05	3,45
1972	12,7	1.1.1995		2,78
1973	11,9	1.7.1995	0,27	2,58
1974	9,4	1.1.1996		4,34
1975	11,9	1.7.1996	0,47	0,64
1976	11,7	1.7.1997	1,47	5,27
1977	7,0	1.7.1998	0,23	0,47
1978	7,4	1.7.1999	1,30	2,58



1979	6,9	1.7.2000	0,60	0,60
1980	5,2	1.7.2001	1,91	2,11
1981	5,5	1.7.2002	2,16	2,89
1982	6,5	1.7.2003	1,04	1,19
1983	4,8	1.7.2004	0	0
1984	1,31	1.7.2005	0	0
1985	1,41			
1986	2,15			
1987	3,03			
1988	3,0			
1989	2,4			
1990	3,16			

## Organisation

### Allgemeines

99 Die Unfallversicherung wird von 26 gewerblichen Berufsgenossenschaften einschließlich der See-Berufsgenossenschaft, 9 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand (Gemeindeunfallversicherungsverbänden, Unfallkassen der Länder, der Unfallkasse des Bundes, der Eisenbahn-Unfallkasse, der Unfallkasse Post und Telekom sowie Feuerwehr-Unfallkassen) durchgeführt.

100 Die Berufsgenossenschaften führen die Unfallversicherung in den Unternehmen durch, die zu den ihnen zugeteilten Gewerbebezügen gehören. Den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand ist die Durchführung der Unfallversicherung für die Arbeitnehmer der unmittelbaren Staatsverwaltung, aber auch für bestimmte weitere Personengruppen (z. B. Lebensretter, regelmäßig Kinder in Tagesbetreuungen, Schüler und Studierende) gesetzlich übertragen.

101 Die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für Rehabilitanden richtet sich danach, welcher Rehabilitationsträger die Rehabilitationsmaßnahmen durchführt. Führt ein Unfallversicherungsträger die Maßnahmen durch, so gewährt dieser auch den Unfallversicherungsschutz während der Maßnahmen; führt ein anderer Rehabilitationsträger die Maßnahmen durch, hat der für den Rehabilitationsträger zuständige Unfallversicherungsträger auch den Rehabilitanden dieses Trägers Unfallversicherungsschutz zu gewähren.

102 Die Versicherten müssen darüber unterrichtet werden, welcher Versicherungsträger für sie zuständig ist.

103 Die Berufsgenossenschaften, die Gemeindeunfallversicherungsverbände und die Unfallkassen

sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit dem Recht auf Selbstverwaltung. Die Träger der Unfallversicherung stehen unter staatlicher Aufsicht.

104 Die Träger der Unfallversicherung haben sich zum Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, zum Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und zum Bundesverband der Unfallkassen zusammengeschlossen; die drei Einrichtungen sind eingetragene Vereine.

### Die Unfallversicherungsträger

#### Gewerbliche Berufsgenossenschaften

Bergbau-BG	Bochum
Steinbruchs-BG	Langenhagen
BG der keramischen und Glas-Industrie	Würzburg
BG der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft	Düsseldorf
Hütten- und Walzwerks-BG	Düsseldorf
Maschinenbau- und Metall-BG	Düsseldorf
Norddeutsche Metall BG	Hannover
BG Metall Süd	Mainz
BG der Feinmechanik und Elektrotechnik	Köln
BG der chemischen Industrie	Heidelberg
Holz-BG	München
Papiermacher-BG	Mainz
BG Druck und Papierverarbeitung	Wiesbaden
Lederindustrie-BG	Mainz
Textil- und Bekleidungs-BG	Augsburg
BG Nahrungsmittel und Gaststätten	Mannheim
Fleischerei-BG	Mainz
Zucker-BG	Mainz
BG der Bauwirtschaft	Berlin
Großhandels- und Lagerei-BG	Mannheim
BG für den Einzelhandel	Bonn
Verwaltungs-BG	Hamburg
BG der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen	Hamburg

BG für Fahrzeughaltungen	Hamburg	Land Hamburg	
BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	Hamburg	Landesunfallkasse Freie und Hansestadt Hamburg	Hamburg
See-Berufsgenossenschaft	Hamburg	Land Hessen Unfallkasse Hessen	Frankfurt am Main
<b>Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften</b>			
LBG Schleswig-Holstein und Hamburg	Kiel	Land Mecklenburg-Vorpommern Unfallkasse Mecklenburg- Vorpommern	Schwerin
LBG Niedersachsen-Bremen	Hannover	Land Niedersachsen	
LBG Nordrhein-Westfalen	Münster	Landesunfallkasse Niedersachsen	Hannover
LBG Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	Kassel	Land Nordrhein-Westfalen Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen	Düsseldorf
LBG Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben	Landshut	Land Rheinland-Pfalz Unfallkasse Rheinland-Pfalz	Andernach
LBG Franken und Oberbayern	München	Land Saarland Unfallkasse Saarland	Saarbrücken
LBG Baden-Württemberg	Karlsruhe	Land Sachsen Unfallkasse Sachsen	Meißen
LBG Mittel- und Ostdeutschland	Hönow	Land Sachsen-Anhalt Unfallkasse Sachsen-Anhalt	Zerbst
Gartenbau-BG	Kassel	Land Schleswig-Holstein Unfallkasse Schleswig-Holstein	Kiel
<b>Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand</b>			
<b>Bundesbereich</b>			
Unfallkasse des Bundes	Wilhelms- haven	Land Thüringen Unfallkasse Thüringen	Gotha
Unfallkasse Post und Telekom	Tübingen		
Eisenbahn-Unfallkasse	Frankfurt		
<b>Kommunaler Bereich</b>			
<b>Landesbereich</b> (z. T. gleichzeitig zuständig für den kommunalen Bereich)			
Land Baden-Württemberg Unfallkasse Baden-Württemberg	Stuttgart	Bayer. Gemeindeunfall- versicherungsverband Braunschweigischer Gemeinde- Unfallversicherungsverband	München Braunschweig
Land Bayern Bayerische Landesunfallkasse	München	Gemeinde-Unfallversicherungs- verband Hannover	Hannover
Land Berlin Unfallkasse Berlin	Berlin	Gemeinde-Unfallversicherungs- verband Oldenburg	Oldenburg
Land Brandenburg Unfallkasse Brandenburg	Frankfurt (Oder)	Rheinischer Gemeindeunfall- versicherungsverband Gemeindeunfallversicherungs- verband Westfalen-Lippe	Düsseldorf Münster
Land Bremen Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen	Bremen	Unfallkasse München	München

**Feuerwehr-Unfallkassen**

Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg	Frankfurt (Oder)
Feuerwehr-Unfallkasse Hamburg	Hamburg
Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen	Hannover
Feuerwehr-Unfallkasse Nordrhein-Westfalen	Düsseldorf
Feuerwehr-Unfallkasse Sachsen-Anhalt	Magdeburg
Feuerwehr-Unfallkasse Thüringen	Erfurt
Feuerwehr-Unfallkasse Nord	Kiel

**Finanzierung**

**Beiträge**

105 Die Finanzierung der gewerblichen Unfallversicherung erfolgt durch Beiträge, die allein von den Unternehmern getragen werden. Diese Beiträge werden so bemessen, dass sie die Ausgaben des letzten Jahres decken (Umlageverfahren). Zur Finanzierung der laufenden Ausgaben werden von den Berufsgenossenschaften im Allgemeinen Vorschüsse erhoben.

106 In den gewerblichen Unternehmen und in der Schifffahrt werden die Beiträge überwiegend nach den Arbeitsentgelten der Versicherten bemessen, jedoch abgestuft nach den Gefährklassen, in die die einzelnen Unternehmen nach dem Grad der Unfallgefahr eingeordnet sind. Die Gefährklassen bestimmen sich nach Zahl und Schwere der in den einzelnen Gewerbebezweigen eingetretenen Versicherungsfälle; mindestens alle sechs Jahre werden die Gefährklassen unter Berücksichtigung der Versicherungsfälle von den Berufsgenossenschaften überprüft und gegebenenfalls angepasst.

107 Um einen Anreiz zu wirksamen Maßnahmen gegen Unfallgefahren zu geben, haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften den einzelnen Unternehmen unter Berücksichtigung der dort eingetretenen Versicherungsfälle Beitragszuschläge aufzuerlegen oder Beitragsnachlässe zu bewilligen. Wegeunfälle bleiben dabei außer Betracht. Auch Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, die durch höhere Gewalt oder alleiniges Verschulden nicht zum Unternehmen gehörender Personen eintreten, sowie

Versicherungsfälle auf Betriebswegen können angenommen werden. Die Höhe der Zuschläge und Nachlässe richtet sich nach der Zahl, der Schwere oder der Kosten der Arbeitsunfälle oder nach mehreren dieser Merkmale. Statt Nachlässen oder zusätzlich zu den Nachlässen können nach der Wirksamkeit der Unfallverhütung gestaffelte Prämien gewährt werden. Im Jahr 2004 wurden 373,3 Mio. Euro Beitragsnachlässe gewährt und 138,2 Mio. Euro Beitragszuschläge erhoben.

**Einnahmen und Ausgaben in Mio. DM**

Jahr	Einnahmen	Ausgaben insgesamt	darunter Renten	Heilbehandlung-	Unfall-
				lung-	Ver-
				hütung-	hütung
1938	264	381	241	64	12
1950	656	599	425	82	13
1955	1103	1065	682	202	25
1960	1871	1789	1196	323	37
1965	3535	3302	1872	443	70
1970	4918	4881	2566	572	116
1975	8320	8197	4331	984	227
1980	11267	11128	6066	1532	355
1985	12691	12428	6838	1806	497
1990	15814	15899	7449	2593	704
1991*	19088	19156	8487	2993	876
1995	24128	24370	10861	3187	1257
2000**	13881	14088	5728	2773	759
2001	14469	14713	5787	2765	778
2002	15399	15645	5874	2846	816
2003	15221	15515	5913	2875	854
2004	14542	14964	5891	2893	862

\* Werte ab 1991 einschließlich Beitrittsgebiet

\*\* Werte ab 2000 in Euro

108 Der Beitrag, der im Bereich der gewerblichen Wirtschaft auf die einzelnen Unternehmen entfällt, ist sehr unterschiedlich und erreicht selbst bei den in einer Berufsgenossenschaft zusammengeschlossenen Gewerbebezweigen eine unterschiedliche Höhe. Ursache hierfür ist, dass die auf die Arbeitsentgelte entfallenden Beitragsbelastungen sich nach der in den Gefährklassen zum Ausdruck kommenden Häufigkeit und Schwere der Versicherungsfälle in den einzelnen Gewerbebezweigen richten. Deshalb gibt es in der Unfallversicherung keinen einheitlichen Beitragssatz. Die durchschnittliche Beitragsbelastung lag bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahr 2004 bei rd. 1,33%.

109 In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung bemessen die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften die Beiträge nach dem Umlagesoll, der Fläche, dem Wirtschaftswert, dem Arbeitsbedarf, dem Arbeitswert oder einem anderen vergleichbaren

Maßstab. Näheres bestimmt die Satzung. Der Bund gewährt den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften Bundesmittel zur Senkung der Beitragsbelastung der landwirtschaftlichen Unternehmen.

*110* Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand finanzieren ihre Aufwendungen überwiegend aus Haushaltsmitteln. Sie können kraft Satzung zur Erhebung risikobezogener Beiträge aber auch Gefahrengemeinschaften bilden sowie ein Zuschuss-/Nachlassverfahren einführen.

Für geringfügig Beschäftigte in privaten Haushalten gilt seit dem 01.01.2006 ein einheitlicher Beitragsatz von 1,6%. Der Beitrag ist zusammen mit den Beiträgen zu den anderen Sozialversicherungszweigen an die Minijobzentrale der Bundesknappschaft zu zahlen.

## Lastenausgleich

*111* Die gewerblichen Berufsgenossenschaften können durch Vereinbarung bestimmen, dass ihre Entschädigungslast ganz oder zum Teil gemeinsam getragen wird.

*112* Gestaltet sich das Verhältnis zwischen Lohnsumme und Entschädigungslast bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft so ungünstig, dass die Beiträge eine nicht mehr vertretbare Höhe erreichen würden, wird innerhalb aller gewerblichen Berufsgenossenschaften ein Lastenausgleich durchgeführt. Aufgrund dieser Regelung wird seit vielen Jahren ein Teil der Rentenlast der Bergbau-Berufsgenossenschaft von den übrigen Berufsgenossenschaften mitgetragen; seit dem Jahr 2004 wird auch die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft finanziell entlastet.

## Beratungsstellen, Auskunft

### Allgemeines

*113* Die Versicherungsträger sind verpflichtet, aufzuklären, zu beraten und Auskunft zu erteilen. Hierbei handelt es sich nicht um eine Nebenleistung; diese Verpflichtung ist eine wichtige Dienstleistung für die Bevölkerung.

*114* Aufklärung ist die allgemeine Unterrichtung der Bevölkerung über soziale Rechte und Pflichten. Verpflichtet sind die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen öffentlich-rechtlichen Vereinigungen nach dem Sozialgesetzbuch. Beratung ist das indivi-

duelle Gespräch mit dem Einzelnen zur gezielten und umfassenden Unterrichtung über seine Rechte und Pflichten. Verpflichtet ist der Leistungsträger demjenigen, demgegenüber Rechte geltend zu machen oder Pflichten zu erfüllen sind.

Auskunft ist die individuelle und gezielte Beantwortung von Fragen des Einzelnen in erster Linie durch den für die Erfüllung seines Leistungsbegehrens zuständigen Leistungsträger. Dieser erteilt subsidiär auch über andere Sach- und Rechtsfragen des Sozialleistungsbereichs Auskunft. In jedem Fall muss der zuständige Leistungsträger genannt werden. Die Auskunft hat Wegweiserfunktion. Auskunftstellen sind alle Kranken- und Pflegekassen und die nach Landesrecht zuständigen Stellen, meist die Versicherungsämter, die in der Regel bei jeder unteren Verwaltungsbehörde errichtet sind.

### Beratung und Auskunft in der Unfallversicherung

*115* Vorrangige Aufgabe der Träger der Unfallversicherung ist es, Unfälle und Berufskrankheiten zu verhüten. Um den Gedanken der Unfallverhütung in alle Bevölkerungsschichten zu tragen, betreiben die Träger eine sehr umfangreiche Informationstätigkeit. Es werden z. B. Plakate, Flugblätter, Broschüren, Film- und Tonbildschauen herausgegeben. Zusammen mit anderen Behörden und Institutionen, die sich mit Fragen der Unfallverhütung befassen (Gewerbeaufsichtsämter, Polizei, Verkehrswacht, Automobilclubs), veranstalten die Unfallversicherungsträger Unfallverhütungstage, Verkehrssicherheitswochen und ähnliches. Jeder Unfallversicherungsträger steht in enger Verbindung mit seinen Mitgliedsbetrieben. Die Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger haben die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in den Unternehmen zu überwachen sowie die Unternehmer und die Versicherten zu beraten.

*116* Die Unfallversicherungsträger sowie ihre Bezirksverwaltungen beraten in allen Fragen der gesetzlichen Unfallversicherung. Insbesondere die Berufshelfer werden beratend tätig, häufig bereits kurz nach dem Unfall und am Aufenthaltsort der Verletzten. Die Arbeitgeber nehmen auch die von den Unfallversicherungsträgern eingesetzten Rechnungsbeamten zur Auskunftserteilung in Fragen der Unfallversicherung in Anspruch.

*117* Sonstige Beratungsmöglichkeiten bestehen bei den Gewerkschaften, bei selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung sowie den Arbeitgebervereinigungen. Auch private Rentenberater sind in Fragen der Unfallversicherung beratend tätig.

## **Rechtsschutz**

*118* Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten auf dem Gebiet der Unfallversicherung sind die Sozialge-

richte, im Bereich der Unfallverhütung die Verwaltungsgerichte zuständig. Es gelten die Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes bzw. der Verwaltungsgerichtsordnung.

## **Rechtsquellen**

Siebtens Buch Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Unfallversicherung) und die anderen Bücher des Sozialgesetzbuchs (insbesondere SGB I und SGB X), Fremdrentengesetz, Berufskrankheiten-Verordnung





# 8

# Sozialgesetzbuch - 8. Buch Kinder- und Jugendhilfe

## Aufgabe und Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe

### Allgemeines

1 Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist es, die Entwicklung junger Menschen zu fördern und ihre Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu unterstützen und zu ergänzen. Da nach Artikel 6 Abs. 2 Satz 1 GG die Eltern die primäre Erziehungsverantwortung tragen, verwirklicht die Kinder- und Jugendhilfe dieses Ziel in erster Linie dadurch, dass sie die elterliche Erziehungsverantwortung stärkt, unterstützt und ergänzt. Andererseits hat der Staat nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG auch die Aufgabe, über die Wahrnehmung der elterlichen Erziehungsverantwortung zu wachen und Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Ist das Wohl des

Kindes oder Jugendlichen gefährdet und sind Eltern nicht bereit oder in der Lage, zur Abwendung der Gefährdung geeignete und notwendige Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen, so erhält das Kind oder der Jugendliche die Leistung nach Maßgabe einer Entscheidung des Familiengerichts, in akuten Notfällen auch unmittelbar durch das Jugendamt oder ein beauftragte Stelle.

Durch diesen Schutzauftrag, der primär von und mit den Eltern, im Einzelfall aber im Interesse des Kindes oder Jugendlichen auch von Amts wegen ohne Einverständnis der Eltern erfüllt werden muss, unterscheidet sich die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe von allen anderen Sozialleistungsträgern.

2 Die Kinder- und Jugendhilfe hat deshalb einen komplexen Auftrag, dessen Zielrichtung im Einzelfall von der Erziehungsfähigkeit und den Ressourcen

**Tabelle 1: Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Kinder- und Jugendliche in den Jahren 1992-2004 – in Mio. Euro**

Jahr	Ausgaben insgesamt*		darunter Heimerziehung		darunter Tageseinrichtungen für Kinder	
	alte Bundesländer**	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer	alte Bundesländer	neue Bundesländer
1992	10.057	4.117	1.427	239	5.218	3.273
1993	11.802	4.374	1.619	301	6.619	3.391
1994	12.304	4.217	1.717	338	6.822	3.156
1995	12.200	4.109	1.824	384	6.931	2.864
1996	13.365	4.053	1.792	404	7.265	2.771
1997	13.718	3.703	1.881	397	7.454	2.417
1998	14.151	3.474	1.874	386	7.652	2.238
1999	14.529	3.456	1.875	383	7.747	2.204
2000	14.936	3.417	1.949	387	7.842	2.188
2001	15.606	3.485	2.014	389	8.202	2.220
2002	16.477	3.564	2.145	396	8.670	2.275
2003	16.895	3.579	2.202	385	8.986	2.299
2004	16.989	3.538	2.218	373	9.142	2.283

\* Zur Berechnung der Gesamtausgaben für Deutschland sind noch die Ausgaben der obersten Bundesjugendbehörde zu berücksichtigen; diese beliefen sich 2002 auf 136 Mio. Euro, 2003 138 Mio. Euro und 2004 145 Mio. Euro.

\*\* Einschließlich der Ausgaben in gesamt Berlin.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 6.4: Ausgaben und Einnahmen der öffentlichen Jugendhilfe, versch. Jahrgänge; eigene Berechnungen

der Eltern und der Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen abhängt. Sie soll

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen sowie
- dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

### Entwicklung der Kinder- und Jugendhilfe

3 Historisch gesehen hat die Kinder- und Jugendhilfe ihre Wurzeln in der staatlichen Armenfürsorge (Vorläufer der Sozialhilfe) und der staatlichen Zwangserziehung (Vorläufer des Jugendgerichtsgesetzes). Sie wurde über Jahrhunderte hinweg ausschließlich von Kirchen, Wohltätigkeitsorganisationen und Stiftungen geleistet. Zum Ende des Mittelalters nahmen sich die Städte der öffentlichen Fürsorge an, verstanden diese aber in erster Linie als Aufgabe zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.

4 Mit dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 wurden erstmals für das gesamte Deutsche Reich Strukturen einer öffentlichen Jugendhilfe gesetzlich festgeschrieben. Gleichzeitig wurde einem immer noch stark ordnungs- und eingriffsrechtlichen Verständnis von Jugendhilfe das Recht jedes Kindes auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit gegenübergestellt. Ansatzpunkte für die Jugendhilfe waren immer noch in erster Linie die Sorge für Waisenkinder und die staatliche Zwangserziehung bei (drohender) Verwahrlosung. Aufgrund des zunehmenden Einflusses der Pädagogik als wissenschaftlicher Disziplin rückte in den folgenden Jahrzehnten das Wohl des einzelnen Kindes und Jugendlichen in den Vordergrund. Das eingriffsrechtliche Instrumentarium des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes wurde insbesondere auf Grund von Entwicklungen in der Praxis immer mehr durch präventive, familienunterstützende Ansätze ergänzt.

5 Seit den 60er Jahren gab es daher Bestrebungen, das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz durch ein modernes Gesetz zur Förderung der Jugend abzulösen.

Neben der Frage der Finanzierung eines neuen Gesetzes waren vor allem gesellschaftspolitische Auseinandersetzungen der Grund dafür, dass die Reform erst nach fast 30 Jahren im Jahre 1990 parlamentarisch abgeschlossen werden konnte. Im Mittelpunkt der Diskussion stand vor allem die Abgrenzung der Aufgaben des Staates und der kommunalen Gebietskörperschaften als Trägern der öffentlichen Jugendhilfe zu denen der Eltern sowie die Ausgestaltung des Verhältnisses zwischen öffentlicher Jugendhilfe und gesellschaftlichem Engagement in den Jugend- und Wohlfahrtsverbänden. Im Zusammenhang mit der Diskussion um eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie trat in den letzten Jahren die Forderung nach der Schaffung eines bedarfsgerechten Angebotes an Tageseinrichtungen für Kinder als Aufgabe der Jugendhilfe hinzu, die auch in der Begriffserweiterung „Kinder- und Jugendhilfe“ ihren Niederschlag fand.

6 Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilfrechts vom 26. Juni 1990 (BGBl. I S. 1163) hat diese Reformdiskussion ihren vorläufigen Abschluss gefunden. Gleichzeitig wurde die Materie „Kinder- und Jugendhilfe“ als Achstes Buch in das Sozialgesetzbuch eingeordnet.

7 Zentrales Anliegen der Reform des Kinder- und Jugendhilfrechts war die rechtliche Fixierung eines neuen Verständnisses von Kinder- und Jugendhilfe sowie eines differenzierten, an den unterschiedlichen Lebens- und Erziehungssituationen von Kindern, Jugendlichen und Eltern orientierten Leistungs- und Aufgabenspektrums. Kinder- und Jugendhilfe wird nicht mehr in erster Linie als Kontroll- und Eingriffsinstanz verstanden, die der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung und der Gefahrenabwehr verpflichtet ist, sondern, soweit dies im Einzelfall möglich ist, als eine präventiv angelegte, von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern sowie jungen Volljährigen mitgestaltete soziale Dienstleistung. An die Stelle der familienersetzenden Funktionen traten weithin Familien unterstützende und ergänzende Hilfen. Die im Jugendwohlfahrtsgesetz angelegte Dominanz der Fremdplazierung von Kindern und Jugendlichen in Heimen und Pflegestellen wurde abgebaut zugunsten eines breit gefächerten Leistungskatalogs. Er umfasst neben der allgemeinen Jugend- und Familienförderung, die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege sowie ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfenformen, deren Inanspruchnahme einen spezifischen

erzieherischen Bedarf voraussetzt. Das Gesetz be- greift die Gewährung pädagogischer und therapeu- tischer Leistungen als zielbezogenen Prozess, der gemeinsam von den Leistungsadressaten und den Fachkräften zu gestalten und in einem Hilfeplan zu dokumentieren ist.

### Personenkreis

8 Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe sind ent- sprechend ihrer Zielsetzung junge Menschen. Dazu zählen in erster Linie Kinder und Jugendliche, die als Minderjährige unter elterlicher Sorge stehen. Im Hinblick auf die vorrangige elterliche Erziehungs- verantwortung hat die Kinder- und Jugendhilfe daher primär die Aufgabe, die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen dadurch zu fördern und dessen Wohl vor Gefahren zu schützen, dass sie den für die Erziehung verantwortlichen Eltern Leistungen anbietet. Die Hilfe und Unterstützung kommt deshalb nicht einer einzelnen Person, sondern der Lebensge- meinschaft von Eltern bzw. Elternteilen und Kindern oder Jugendlichen zugute. Je nach der individuellen Erziehungssituation zielen ihre Leistungen stärker darauf, die Eltern zur Wahrnehmung ihrer Erzie- hungsaufgaben zu befähigen (z. B. Elternbildung, El- ternberatung), sie dabei zu entlasten (z. B. Tagesbe- treuung von Kindern), sie bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben zu unterstützen (durch Formen ambulanter Erziehungshilfe) oder dem Kind oder Jugendlichen zeitweise oder auf Dauer außerhalb des Elternhauses förderliche Bedingungen für ihre Erzie- hung (in Pflegestellen, Heimen oder anderen Formen betreuten Wohnens) zu sichern. Aber auch in diesem Fall richtet sich die Hilfe nicht nur an die Kinder oder Jugendlichen, sondern in Form von begleitender „Elternarbeit“ gleichzeitig auch an die Eltern bzw. Elternteile mit dem Ziel, die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie zu verbessern und damit die Chancen für eine Rückkehr des Kindes oder Jugend- lichen in die Herkunftsfamilie zu vergrößern.

Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden. Sie können ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde (§ 8).

9 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe richten sich darüber hinaus auch an junge Volljährige bis zur

Vollendung des 27. Lebensjahres. Die aus öffentli- chen Mitteln finanzierte Arbeit der Jugendverbände sowie die Angebote der kommunalen Jugendarbeit schließen traditionell diese Altersgruppe ein. Junge Volljährige sind aber auch Adressaten individueller Förderung. Vielfach ist die individuelle Persönlich- keitsentwicklung zum Zeitpunkt der abstrakt juris- tisch bestimmten Volljährigkeit nicht abgeschlossen. Insbesondere aufgrund verlängerter Schul- und Aus- bildungszeiten werden junge Menschen zunehmend später selbständig. Der Ablösungsprozess aus dem Elternhaus und die Eingliederung in die Arbeitswelt sind häufig mit besonderen sozialen Schwierigkeiten verbunden.

10 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe kommen nicht nur für deutsche Kinder und Jugendliche sowie junge Volljährige in Betracht. Auch junge Menschen anderer Staatsangehörigkeit können Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe beanspruchen, wenn sie rechtmäßig oder aufgrund einer ausländerrechtli- chen Duldung ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Unter diesen Voraussetzungen sind also ausländische junge Menschen deutschen gleich gestellt. Regelungen des über- und zwischenstaatli- chen Rechts, die ausdrücklich unberührt bleiben, wie z. B. das Haager Minderjährigenschutzabkommen und das Europäische Fürsorgeabkommen, gehen über diese Grundregelung zum Teil hinaus und verbessern die Leistungsberechtigung ausländischer Kinder und Jugendlicher. Deshalb können z. B. auch unbegleitete Flüchtlingskinder – unabhängig davon, ob ein Asyl- antrag gestellt wird – in der Kinder- und Jugendhilfe leistungsberechtigt sein (§ 6).

### Spezifische Pflichten zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl

10a Die eingangs bereits erwähnte Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (§ 1 Abs.3 Nr. 3), legt Jugendämtern als den Behörden der örtlichen Träger der Jugendhilfe (Rdnr. 32, 33) spezifische Pflichten auf, die im Rahmen des Kin- der- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes, das am 01.10.2005 in Kraft getreten ist, konkreti- siert worden sind (§ 8a). Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der

Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Die Risikoeinschätzung dient der Entscheidung über das weitere Vorgehen zur Abwehr der Kindeswohlgefährdung, das den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und des geringst möglichen Eingriffs (in das Elternrecht) zu entsprechen hat: Je nach Einschätzung des Risikos und der Prognose hinsichtlich der weiteren Entwicklung hat das Jugendamt den Eltern Hilfe anzubieten, das Familiengericht anzurufen, um Hilfe gegen den Willen der Eltern leisten zu können oder bei unmittelbarer Gefahr das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen. Durch vertragliche Vereinbarungen mit den Leistungserbringern soll das Jugendamt sicherstellen, dass auch diese bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung eine Risikoabschätzung unter Hinzuziehung erfahrener Fachkräfte vornehmen und den Eltern die Inanspruchnahme von Hilfe nahe legen. Sind diese dazu nicht bereit oder reichen in Anspruch genommene Hilfen nicht aus, so ist das Jugendamt zu informieren.

*10b* Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen sicherstellen, dass sie keine Personen hauptamtlich beschäftigen oder Personen vermitteln, die rechtskräftig wegen einer Straftat, die sich gegen das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit von Kindern oder Jugendlichen richtet, verurteilt worden sind. Zu diesem Zweck sollen sie sich bei der Einstellung und in regelmäßigen Abständen ein Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 des Bundeszentralregistergesetzes (so genanntes Behördenführungszeugnis) vorlegen lassen. Durch Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch sicherstellen, dass diese keine entsprechend vorbestraften Personen beschäftigen (§ 72 a).

### **Die einzelnen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe**

*11* Auch nach der Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts und seiner Einordnung in das Sozialgesetzbuch erschöpfen sich deren Aufgaben nicht in der Gewährung von Sozialleistungen im Sinne des § 11 SGB I. Hinzu kommen verschiedene „andere“ Aufgaben, die aber nicht Sozialleistungen im eigentlichen Sinne sind. Auch ihre Erfüllung dient letztlich dem Wohl junger Menschen und ihrer Familien. Sie haben aber zum Teil ordnungsrechtlichen Charakter, zum Teil sind sie eine Art sachverständiger Amtshilfe

gegenüber verschiedenen Gerichtszweigen. Zu den anderen Aufgaben gehören schließlich auch die Aufgabe des Jugendamtes als Beistand, Amtspfleger oder Amtsvormund, deren Befugnisse sich in erster Linie aus dem Familienrecht des BGB ergeben.

*12* Das Gesetz unterscheidet deshalb zwischen Leistungen und anderen Aufgaben der Jugendhilfe. Diese Unterscheidung hat praktische Bedeutung insbesondere im Hinblick auf die Mitwirkung freier Träger an der Aufgabenerfüllung (§ 76) sowie die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten (§ 5), aber – insbesondere bei der Beistandschaft, Amtsvormundschaft und Amtspflegschaft – auch auf die Anwendung materiellen Rechts, des Verfahrensrechts und den Rechtsweg.

### **Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe**

*13* Dem Ziel des Gesetzes entsprechend, die Entwicklung von jungen Menschen zu fördern und die Eltern bei ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen und zu ergänzen, enthält das Gesetz ein breites Spektrum von Leistungen für junge Menschen und ihre Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen. Ansatzpunkt für die einzelnen Leistungen ist nicht die materielle Bedürftigkeit, sondern die Deckung eines strukturellen oder individuellen Defizits an familialen Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsleistungen. Die Sicherung des Lebensunterhalts junger Menschen gehört primär zu den Aufgaben der Sozialhilfe nach dem SGB XII bzw. der Grundsicherung nach dem SGB II. Gewährt die Kinder- und Jugendhilfe individuelle pädagogische Leistungen, die mit einer Unterbringung des jungen Menschen außerhalb des Elternhauses (in Einrichtungen, Pflegestellen und anderen Wohnformen) verbunden sind, so stellt sie auch den Unterhalt sicher und leistet Krankenhilfe (§§ 39, 40). Wie für die Sozialhilfe, so gilt auch für die Jugendhilfe der Grundsatz des Nachrangs insbesondere gegenüber den Leistungen nach dem SGB III und SGB V. Im Verhältnis zur Sozialhilfe nach dem SGB XII und den Leistungen zur Grundsicherung nach dem SGB II sind die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe als spezielle Leistungen für die Altersgruppe junger Menschen vorrangig. Dies gilt aber nicht für die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach den §§ 14-16 SGB II, die allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zugute kommen sollen und deshalb den Leistungen nach dem SGB VIII vorgehen (§ 10).

### Allgemeine Leistungen zur Förderung junger Menschen

14 Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind verpflichtet, jungen Menschen die zur Förderung ihrer Entwicklung erforderlichen Angebote der Jugendarbeit zur Verfügung zu stellen. Sie sollen an den Interessen junger Menschen anknüpfen und von ihnen mitbestimmt und mitgestaltet werden, sie zur Selbstbestimmung befähigen und zu gesellschaftlicher Mitverantwortung und zu sozialem Engagement anregen und hinführen (§ 11). Das Gesetz enthält insoweit einen Gestaltungsauftrag an die (örtlichen) Träger der Jugendhilfe, die gesetzliche Verpflichtung zu konkretisieren und umzusetzen (z. B. Bereitstellung von Einrichtungen wie Jugendfreizeitanlagen, Bewilligung von Maßnahmen der Stadtranderholung, Programme des Jugendaustausches etc.).

15 Jungen Menschen, die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, sollen im Rahmen der Jugendhilfe (Jugendsozialarbeit) sozialpädagogische Hilfen angeboten werden, die ihre schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und ihre soziale Integration fördern (§ 13). Dem Ziel der sozialen Integration dient ein breites Spektrum schul-, berufs- und arbeitsweltbezogener Hilfen. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach dem SGB II sowie Maßnahmen nach dem SGB III – Arbeitsförderung – gehen diesen Leistungen vor.

16 Jungen Menschen und Erziehungsberechtigten sollen Angebote des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gemacht werden. Sie sollen junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen führen. Sie sollen Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser befähigen, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen (§ 14). Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz dient daher vor allem der Kompetenzvermittlung und hat eine hohe präventive Bedeutung (Medienerziehung, Information über Drogen und andere gesundheitliche Risiken).

### Allgemeine Leistungen zur Förderung der Familie

17 Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen der all-

gemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden. Sie sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können. Dabei spielt die Verbesserung der Erziehungskompetenz durch verschiedene Konzepte des Elterntrainings eine wichtige Rolle. Die Leistungen sollen auch Wege aufzeigen, wie Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können. Dazu zählen insbesondere Angebote der Familienbildung, der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen sowie der Familienfreizeit und der Familienerholung (§ 16). Auch hier beschränkt sich der Bundesgesetzgeber auf einen allgemeinen Gestaltungsauftrag, der durch landesgesetzliche Regelungen und kommunalpolitische Entscheidungen vor Ort weiter zu konkretisieren ist.

### Beratung in Fragen der Partnerschaft sowie zur Ausübung der elterlichen Sorge nach Trennung und Scheidung (§ 17)

18 Mütter und Väter haben Anspruch auf Beratung in Fragen der Partnerschaft, wenn sie für ein Kind oder einen Jugendlichen zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen. Die Beratung soll helfen,

- ein partnerschaftliches Zusammenleben in der Familie aufzubauen (präventive Partnerschaftsberatung),
- Konflikte und Krisen in der Familie zu bewältigen (Partnerschaftskonfliktberatung) und
- im Falle der Trennung oder Scheidung die Bedingungen für eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen förderliche Wahrnehmung der Elternverantwortung zu schaffen (Beratung zur Wahrnehmung der Elternverantwortung nach Trennung und Scheidung).

19 Flankierend dazu haben alle umgangsberechtigten Personen, also sowohl das Kind oder Jugendliche selbst, als auch seine Eltern und andere nahe stehende Personen Anspruch auf Beratung und Unterstützung bei der Ausübung des Umgangsrechts (§ 18). Dazu zählt in geeigneten Fällen auch die Hilfe bei der Ausführung gerichtlicher oder vereinbarter Umgangsregelungen (so genannter Betreuer Umgang).

20 Diese vor allem im Rahmen des Kindschaftsrechtsreformgesetzes erweiterten und verbesserten Leistungen dienen dem Ziel, Partner auf die Aufgaben der Elternschaft vorzubereiten, sie in Konflikten



und Krisen zu unterstützen und in Trennungs- und Scheidungssituationen die Grundlage dafür zu schaffen, dass Eltern trotz der räumlichen Trennung und der Aufhebung ihrer Lebensgemeinschaft mit den Kindern ihrer fortbestehenden Elternverantwortung bestmöglich gerecht werden können. Die Bedeutung der Beratungsangebote wird durch verschiedene richterliche Informationspflichten unterstrichen: Das Familiengericht ist verpflichtet, getrennt lebende Eltern anlässlich eines Verfahrens auf Zuweisung der Alleinsorge oder zur näheren Regelung bzw. Einschränkung des Umgangsrechts auf Beratungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe hinzuweisen, ggf. durch die Aussetzung des gerichtlichen Verfahrens die Chancen der Beratung zu verbessern und dadurch eine streitige Entscheidung zu vermeiden. Im Scheidungsverfahren sind sowohl das Jugendamt (bei der Stellung des Scheidungsantrags) als auch das Familiengericht (im Rahmen der mündlichen Verhandlung) verpflichtet, Eltern auf die Beratungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe hinzuweisen: Zwar hat der Gesetzgeber im Rahmen der Kindschaftsrechtsreform die Fortsetzung der gemeinsamen Sorge in modifizierter Form nach der Scheidung verfügt, sofern nicht ein Elternteil einen Antrag auf Alleinsorge stellt (Antragsprinzip). Die Inanspruchnahme von Beratung soll Eltern dabei helfen, eine bewusste Entscheidung für die künftige Gestaltung des Sorgerechts zu treffen. Kinder und Jugendliche sind angemessen zu beteiligen.

### **Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege**

21 Die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege hat in den letzten Jahrzehnten aus verschiedenen Gründen an Bedeutung gewonnen. Immer mehr Kinder wachsen ohne Geschwister und gleichaltrige Spielkameraden auf und haben keine Gelegenheit, Sozialverhalten unter Gleichaltrigen einzuüben. Aufgrund unserer Lebensweise und der Verstädterung des Wohnumfelds schwindet der natürliche „Spielraum“ für Kinder. Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Tageseinrichtungen und in Tagespflege ist darüber hinaus aber vor allem eine wichtige Bedingung für die bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie und hat damit eine zentrale Bedeutung für die Gleichstellung von Frauen. Im europäischen Vergleich rangiert Deutschland mit seinem Betreuungsangebot auf einem der letzten Plätze. Untersuchungen in anderen Ländern zeigen

zudem, dass die Zahl der Geburten in den Ländern hoch ist, in denen die Tagesbetreuung für Kinder gut ausgebaut ist.

22 Seit dem 1. Januar 1996 hat jedes Kind vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt Anspruch auf den Besuch eines Kindergartens. Die nähere Ausgestaltung des Anspruchs auf einen Kindergartenplatz erfolgt durch landesrechtliche Vorschriften (Kindertagesstättengesetze der Länder). Während die Kindertagesstättengesetze in den alten Bundesländern in der Regel nur einen Halbtagsplatz garantieren, stehen Kindern in den neuen Bundesländern im Bedarfsfall Ganztagsplätze zur Verfügung. Für die anderen Altersgruppen (Kinder unter 3 Jahren und Kinder im Grundschulalter) verpflichtet das SGB VIII die Träger der Jugendhilfe, Plätze in Tageseinrichtungen nach Bedarf vorzuhalten. Die Kindertagesstättengesetze in den neuen Ländern gehen darüber hinaus und sehen auch für diese Kinder ein nachfragegerechtes Angebot vor. In den westlichen Flächenländern beträgt demgegenüber die Versorgungsquote in Tageseinrichtungen (im statistischen Durchschnitt) nur 5% (April 2004; lt Mikrozensus) zuzüglich etwa 1,5% in öffentlich finanzierter Tagespflege. Dieses Ergebnis zeigt, dass die seit 1991 bestehende gesetzliche Verpflichtung, Plätze nach Bedarf vorzuhalten, nicht erfüllt wird. Im Rahmen des Tagesbetreuungsausbaugesetzes, das am 01.01.2005 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber Mindestkriterien für eine bedarfsgerechte Versorgung von Kindern im Alter unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und in Tagespflege festgelegt (§ 24) und dabei auch Rahmenvorgaben für die Qualität der Angebote gemacht, die von den Ländern weiter auszugestalten sind (§§ 22-22 a). Dies gilt insbesondere für die Tagespflege, die schrittweise zu einem gleichrangigen Betreuungsangebot ausgebaut werden soll (§ 23). Den kommunalen Gebietskörperschaften in den westlichen Ländern wird eine Übergangsfrist bis zum 01.10.2010 zum Ausbau des Angebots auf das bundesgesetzlich definierte (Mindest)Versorgungsniveau eingeräumt (§ 24a).

Danach müssen mindestens Plätze für Kinder vorgehalten werden, deren Eltern oder alleinerziehender Elternteil erwerbstätig ist, sich in einer Bildungsmaßnahme oder in einer Maßnahme zur Eingliederung nach dem SGB II befindet, sowie für Kinder, wenn ohne Tagesbetreuung eine ihrem Wohl entsprechende Förderung nicht gewährleistet ist (§ 24 Abs. 3).



**Tabelle 2: Zahl der Kinder im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt, die den Kindergarten besuchen, sowie Versorgungsgrad in den Jahren 1980 bis 2004 – nach Bundesländern geordnet (bis 1990 nur alte Bundesländer; Angabe in 1000 Kinder)**

	1980	1990	1994	1996	1998	2000	2002	2004
<b>Je Bundesland</b>	<b>1. Zeile absolute Zahlen x 1000</b>							
	<b>2. Zeile Versorgungsgrad in %</b>							
Baden-Württemberg	285 75,5	309 79,3	324 74,6	364 78,4	386 87,7	372 86,3	376 88,7	360 89,1
Bayern	254 61,9	318 68,9	335 67,2	355 70,5	362 74,7	366 78,3	384 79,3	372 80,2
Berlin (West)	28 54,0	45 67,2	52 70,1	54 71,2	56 77,2	51 79,0	55 82,1	49 77,1
Berlin (Ost)			54 91,6	37 90,5	28 86,1	27 90,4	28 90,9	31 90,1
Brandenburg			119 94,2	72 89,4	48 88,9	53 88,8	64 92,4	60 88,1
Bremen	13 55,8	13 60,5	18 72,2	15 59,1	17 74,7	14 72,0	15 73,2	16 72,9
Hamburg	25 49,1	27 58,1	33 57,4	33 55,8	38 67,1	36 65,7	42 72,4	37 66,3
Hessen	138 67,7	152 72,2	167 74,1	171 73,0	187 82,0	179 80,9	195 85,0	181 82,8
Mecklenburg-Vorpommern			78 86,7	50 83,0	32 78,8	31 81,9	33 80,3	36 78,2
Niedersachsen	137 53,9	170 66,6	200 63,4	200 61,3	210 68,0	206 67,9	235 73,6	203 78,6
Nordrhein-Westfalen	379 9,6	397 64,7	420 60,4	465 63,3	513 73,6	488 73,5	528 77,6	497 76,3
Rheinland-Pfalz	96 75,1	112,1 79,7	130 80,1	128 77,6	132 86,0	126 85,9	136 87,4	132 86,1
Saarland	23 69,3	28 79,2	30 71,8	32 83,9	29 82,3	29 89,6	30 92,0	28 87,2
Sachsen			178 90,5	124 86,9	82 84,2	85 85,8	94 88,6	102 86,4
Sachsen-Anhalt			106 91,7	74 86,2	51 86,3	48 87,4	50 88,6	52 87,5
Schleswig-Holstein	47 51,8	57 61,2	68 61,7	76 65,9	80 73,6	81 72,4	84 74,0	79 72,3
Thüringen			91 91,4	67 87,5	41 86,4	43 87,0	49 88,5	51 87,0
Deutschland			2.402 72,2	2.315 71,8	2.290 78,0	2.234 78,5	2.396 81,5	2.287 80,1
Alte Bundesländer	1.423 63,1	1.627 69,7	1.777 67,3	1.891 69,0	2.006 77,1	1.947 77,4	2.079 80,5	1.952 79,1
Neue Bundesländer			625 91,1	424 87,2	282 85,2	287 86,8	317 88,6	334 86,3

Hinweis: Der Mikrozensus, dem diese Angaben entnommen sind, erfasst nicht alle Kinder, die in dieser Altersgruppe in familienergänzenden Einrichtungen betreut werden. So bleiben in einigen Ländern (z. B. Hamburg) Plätze in Vorklassen unberücksichtigt. Die Versorgungsquoten mit Betreuungsplätzen liegen in diesen Ländern höher als in den Zahlen ausgewiesen wird. Hinzu kommen z. T. erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Öffnungszeiten (halbtags ohne/mit Mittagessen, ganztags), der Gruppenstärken und der Ausstattung mit Fachkräften. Die Angaben für die einzelnen Länder sind deshalb nur bedingt miteinander vergleichbar. Für die örtliche Versorgung sind die Zahlen wenig aussagekräftig, da sich innerhalb der landesweiten Durchschnittswerte eine erhebliche örtliche Streubreite verbirgt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 3, Haushalte und Familien, versch. Jahrgänge

**Hilfen zur Erziehung (§§ 27-35)**

23 Dieser Begriff bezeichnet eine Hilfeart, die ein breites Spektrum individueller pädagogischer und/oder therapeutischer Maßnahmen zusammenfasst. Anspruch auf Hilfe zur Erziehung hat der Personensorgeberechtigte (also in der Regel die Eltern, sonst der Vormund bzw. Pfleger), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (§ 27). Voraussetzung ist also ein erzieherischer Bedarf des Kindes oder Jugendlichen, der durch die Erziehungsleistung der Eltern nicht gedeckt werden kann. Auf die Ursache bzw. ein Verschulden der Eltern kommt es dabei nicht an. Dieser Bedarf setzt aber nicht bereits eine Gefährdung des Kindeswohles voraus, wie sie in § 1666 BGB für Maßnahmen des Familiengerichts zugrunde gelegt wird, ist es doch ein wichtiges Ziel, mit Hilfen möglichst so rechtzeitig einzusetzen, dass die Herausnahme des Kindes oder Jugendlichen aus der Familie vermieden werden kann. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. Die Feststellung des Bedarfs sowie die Entscheidung über die geeigneten und notwendigen pädagogischen und therapeutischen Leistungen werden vom Jugendamt gemeinsam mit den Eltern sowie dem Kind oder Jugendlichen getroffen. Bei Hilfen, die auf längere Zeit angelegt sind, sind die Entscheidungsgrundlagen, die einzelnen Leistungen sowie die angestrebten Hilfeziele in einem Hilfeplan zu dokumentieren, der regelmäßig zu überprüfen und fortzuschreiben ist.

24 Das Gesetz enthält keinen abschließenden Katalog der im Einzelfall geeigneten Maßnahmen, sondern zählt nur Beispiele typischer Formen der Hilfe zur Erziehung auf. Dazu zählen

- Erziehungsberatung; sie soll Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.
- Soziale Gruppenarbeit; die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit soll älteren Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung von Entwick-

- lungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Soziale Gruppenarbeit soll auf der Grundlage eines gruppenpädagogischen Konzepts die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher durch soziales Lernen in der Gruppe fördern.
- Erziehungsbeistandschaft; sie soll das Kind oder den Jugendlichen bei der Bewältigung von Erziehungsproblemen möglichst unter Einbeziehung des sozialen Umfelds unterstützen und unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie seine Verselbständigung fördern.
  - Sozialpädagogische Familienhilfe; sie soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, bei der Lösung von Konflikten und Krisen sowie in Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.
  - Erziehung in einer Tagesgruppe; sie soll die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern. Die Hilfe kann auch in geeigneten Formen der Familienpflege geleistet werden
  - Vollzeitpflege; Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen. Wird Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege gewährt, so übernimmt das Jugendamt auch die Kosten für den angemessenen Unterhalt des Kindes durch Zahlung eines monatlichen Pflegegelds, das auch einen Betrag für die Erziehungsleistung der Pflegeperson enthält. Die Höhe des Pflegegeldes wird nicht bundesgesetzlich bestimmt, sondern von den Jugendämtern festgesetzt (§ 39 Abs. 4).
  - Heimerziehung; Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagsleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen und der Herkunftsfamilie
    - eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
    - die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
    - eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten.
- Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden. Ihrem Auftrag, die Persönlichkeitsentwicklung zu fördern entsprechend, wird Heimerziehung fast ausnahmslos ohne Einschränkung der Freiheit des Kindes oder Jugendlichen gewährt. Eine Heimerziehung, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, kommt im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe nur in Betracht, wenn sie für das Wohl des Kindes oder Jugendlichen erforderlich ist. Sie setzt eine Genehmigung des Familiengerichts voraus (§ 1631 b BGB).
- Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung; sie soll Jugendlichen gewährt werden, die einer intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bedürfen. Die Hilfe ist in der Regel auf längere Zeit angelegt und soll den individuellen Bedürfnissen des Jugendlichen Rechnung tragen.

### **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a)**

25 Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Ein Kind oder ein Jugendlicher ist seelisch behindert, wenn seine seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Feststellung der abweichenden seelischen Ge-

**Tabelle 3: Kinder und Jugendliche mit Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses (§§ 33-35) am 31.12.2000\* nach Art und Unterbringungsform der Hilfe pro 10.000 der unter 18jährigen – geordnet nach Bundesländern**

Land	Insgesamt (§§ 33-35)	Vollzeitpflege (§ 33)			Heimerziehung (§ 34)				Intensive sozialpäd. Einzelbetreuung (§ 35)
		zu-sammen	davon Unterbringung		zu-sammen	davon Unterbringung			
			bei Groß-eltern Verw.	in einer Pflege-familie		Heim	betreute WG	betreute eigene Wohnung	
Fallzahlen absolut									
BW	10.325	5.141	1.197	3.944	4.985	4.557	293	135	199
BY	11.779	5.493	836	4.657	6.064	5.479	488	97	222
BE	7.397	2.247	370	1.877	5.052	4.139	749	164	98
BB	4.547	1.719	508	1.211	2.788	2.389	393	6	40
HB	960	458	27	431	491	406	49	36	11
HH	2.293	835	231	604	1.420	969	440	11	38
HE	6.539	2.609	349	2.260	3.750	3.401	270	79	180
MV	2.980	1.198	346	852	1.741	1.554	180	7	41
NI	10.069	5.037	694	4.343	4.930	4.385	423	122	102
NW	24.757	11.459	2.402	9.057	12.838	11.513	1.044	281	460
RP	4.690	2.290	402	1.888	2.364	2.148	145	71	36
SL	1.540	715	136	579	816	709	76	31	9
SN	5.655	2.078	741	1.337	3.538	2.948	569	21	39
ST	3.790	1.556	288	1.268	2.212	2.020	168	24	22
SH	4.077	2.298	395	1.903	1.725	1.529	159	37	54
TH	2.859	1.128	278	850	1.710	1.612	95	3	21
BRD	104.257	46.261	9.200	37.061	56.424	49.758	5.541	1.125	1.572
Alte BL	81.262	37.828	6.859	30.969	42.066	37.329	3.724	1.013	1.368
Neue BL	22.995	8.433	2.341	6.092	14.358	12.429	1.817	112	204
Pro 10.000 der unter 18-jährigen Bevölkerung									
BW	49,2	24,5	5,7	18,8	23,7	21,7	1,4	0,6	0,9
BY	49,4	23,0	3,5	19,5	25,4	23,0	2,0	0,4	0,9
BE	131,9	40,1	6,6	33,5	90,1	73,8	13,4	2,9	1,7
BB	97,7	36,9	10,9	26,0	59,9	51,3	8,4	0,1	0,9
HB	86,8	41,4	2,4	39,0	44,4	36,7	4,4	3,3	1,0
HH	83,0	30,2	8,4	21,9	51,4	35,1	15,9	0,4	1,4
HE	58,4	23,3	3,1	20,2	33,5	30,4	2,4	0,7	1,6
MV	91,2	36,7	10,6	26,1	53,3	47,6	5,5	0,2	1,3
NI	64,2	32,1	4,4	27,7	31,5	28,0	2,7	0,8	0,7
NW	70,9	32,8	6,9	25,9	36,8	33,0	3,0	0,8	1,3
RP	59,5	29,1	5,1	24,0	30,0	27,3	1,8	0,9	0,5
SL	80,4	37,3	7,1	30,2	42,6	37,0	4,0	1,6	0,5
SN	77,8	28,6	10,2	18,4	48,7	40,5	7,8	0,3	0,5
ST	85,2	35,0	6,5	28,5	49,7	45,4	3,8	0,5	0,5
SH	76,7	43,2	7,4	35,8	32,5	28,8	3,0	0,7	1,0
TH	68,9	27,2	6,7	20,5	41,2	38,9	2,3	0,1	0,5
BRD	67,3	29,8	5,9	23,9	36,4	32,1	3,6	0,7	1,0
Alte BL	62,9	29,3	5,3	24,0	32,6	28,9	2,9	0,8	1,1
Neue BL	88,8	32,6	9,0	23,5	55,4	48,0	7,0	0,4	0,8

\* Das Erhebungsverfahren zu den Hilfen zur Erziehung sieht alle 5 Jahre eine Bestandserhebung vor, zuletzt zum 31.12.2000. Die Bestandszahlen der Folgejahre werden dadurch berechnet, dass die begonnenen Hilfen zum Bestand hinzuaddiert und die beendeten Hilfen subtrahiert werden. Die Erhebungspraxis hat gezeigt, dass das Erhebungsverfahren sehr störanfällig ist und insbesondere beendete Hilfen nicht gemeldet werden. Durch die vergessen Abmeldungen wird der errechnete Bestand künstlich erhöht und gibt nicht die Realität wieder. Deshalb werden hier nur die letzten »zuverlässigen« Ergebnisse dargestellt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 6.1.2: Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen außerhalb des Elternhauses 1999, Stuttgart 2001; eigene Berechnungen

sundheit erfolgt mit Hilfe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) durch einen Arzt oder Psychotherapeuten. Über die Beeinträchtigung der Teilhabe und die geeigneten und notwendigen Hilfen entscheidet das Jugendamt. Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen,
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie
- in sonstigen Wohnformen

geleistet.

26 Im Hinblick auf den spezifischen Hilfebedarf behinderter Kinder und Jugendlicher und die im Einzelfall schwierige Abgrenzung zwischen einer (drohenden) seelischen Behinderung einerseits und einem Erziehungsdefizit andererseits wurde die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche vorrangig der Kinder- und Jugendhilfe zugeordnet, während die Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche Aufgabe der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff SGB XII bleibt. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sind die Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX. Die unterschiedliche Behandlung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher einerseits und körperlich und geistig behinderter Kinder andererseits führt in der Praxis immer wieder zu Zuständigkeitsstreitigkeiten. Mittelfristig ist deshalb eine Lösung anzustreben, die diese Probleme überwindet.

### Hilfe für junge Volljährige (§ 41)

27 Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus – längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres – fortgesetzt werden. Je nach dem individuellen Bedarf wird Hilfe für junge Volljährige in ambulanter und in stationärer Form gewährt.

### Steuerung des Hilfeprozesses durch das Hilfeplanverfahren (§ 36)

28 Anders als Geldleistungen erschöpfen sich personenbezogene soziale Dienstleistungen, zu denen insbesondere die Hilfe zur Erziehung, die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie die Hilfe für junge Volljährige gehören, nicht in neutralen Handlungen, wie der Überweisung bzw. Entgegennahme von Geldbeträgen. Wirksamkeit und Erfolg pädagogischer Leistungen hängen in hohem Maße von der Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Personen (Eltern und Kinder und Jugendliche bzw. junge Volljährige) ab. Deshalb sieht das SGB VIII ein spezifisches Hilfeplanverfahren vor, das diese Personen sowohl an der Klärung und Bewertung ihrer Lebenssituation als auch an der Entscheidung über die angezeigte Hilfe, deren konkrete Ausgestaltung und deren Weiterentwicklung aufgrund eines sich verändernden Bedarfs beteiligt.

29 Bei allen erzieherischen Hilfen für Kinder und Jugendliche werden die Eltern aktiv in den Hilfeprozess einbezogen. Bei stationären Hilfeformen ist die Arbeit mit den Eltern die Voraussetzung dafür, dass eine Rückkehrperspektive für das Kind in die Herkunftsfamilie überhaupt realisiert werden kann oder aber (falls das nicht möglich ist) die Eltern-Kind-Beziehung neu gestaltet werden kann. Das Ziel der Hilfe (Rückkehr oder Verbleib in einem Heim oder einer Pflegestelle) kann im Hinblick auf das Bindungsbedürfnis des Kindes nicht auf Dauer in der Schwebe gehalten werden. Im Hinblick auf die Bindungsdynamik und das kindliche Zeitempfinden wird zu Beginn des Hilfeprozesses zusammen mit den Eltern ein Konzept über das Ziel der Unterbringung des Kindes außerhalb der eigenen Familie erarbeitet. Dabei sind insbesondere die Ressourcen der Familie bzw. deren Veränderungsbereitschaft gemeinsam zu ermitteln und zu bewerten. Während der Hilfezeitdauer hat das Jugendamt im Interesse des Kindes zwischen Herkunftsfamilie und Pflegefamilie bzw. den Erziehern im Heim zu vermitteln, um eine Zusammenarbeit aller am Erziehungsprozess beteiligten Personen zu erreichen (§ 37). Das Jugendamt verfügt dabei über keinen eigenständigen Erziehungsauftrag, sondern kann nur im Konsens mit den (personensorgeberechtigten) Eltern tätig werden. Gefährden deren Entscheidungen das Kindeswohl, so hat das Jugendamt das Familiengericht einzuschalten, damit es die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr

(Beschränkung oder Entzug der elterlichen Sorge und/oder des Umgangsrechts) trifft.

### Andere Aufgaben

30 Über diese Leistungen hinaus, die als Sozialleistungen im Sinne des SGB anzusehen sind, obliegen der Kinder- und Jugendhilfe folgende so genannte „andere“ Aufgaben:

- Vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen (insbesondere Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen). Das Jugendamt hat Kinder und Jugendliche entweder auf eigenen Wunsch oder bei dringender Gefahr für deren Wohl in Obhut zu nehmen. Im Hinblick auf die primäre Erziehungsverantwortung der Eltern hat es nach Klärung der akuten Konfliktsituation entweder die Eltern über die Inobhutnahme zu unterrichten oder eine Entscheidung des Familiengerichts über die Einschränkung bzw. den Entzug der elterlichen Sorge herbeizuführen. Die Inobhutnahme ist daher von besonderer Bedeutung in akuten Konfliktsituationen, in denen die Eltern nicht unmittelbar erreichbar sind oder die Gefahr für das Kindeswohl von ihnen unmittelbar ausgeht oder nicht beseitigt wird (§ 42).
- Schutz von Kindern und Jugendlichen in Familienpflege und in Einrichtungen. Diesem Ziel dient
  - der Erlaubnisvorbehalt für die Aufnahme von Kindern in Tagespflege (§ 43) oder in Vollzeitpflege (§ 44). Er hat heute im Bereich der Vollzeitpflege keine praktische Bedeutung mehr, da die Vermittlung von Pflegekindern heute fast ausnahmslos vom Jugendamt selbst im Rahmen der von ihm gewährten Hilfe zur Erziehung vorgenommen und dabei die Eignung der Pflegefamilie von Amts wegen geprüft wird. Demgegenüber erfolgt die Vermittlung und Finanzierung der Tagespflege weitgehend auf privater Basis. Zur Sicherung einer Mindestqualität hat der Gesetzgeber den Erlaubnisvorbehalt im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes mit Wirkung ab dem 01.10.2005 auf alle Pflegepersonen ausgedehnt, die ein oder mehrere Kinder außerhalb ihrer Wohnung in anderen Räumen mehr als 15 Stunden wöchentlich gegen Entgelt länger als drei Monate betreuen wollen. Sie sollen dazu über vertiefte Kenntnisse hinsichtlich der Anforderungen der Tagespflege verfügen, die sie in qualifizierten Lehrgängen erworben oder in anderer Weise nachgewiesen haben.
  - der Erlaubnisvorbehalt für den Betrieb von Einrichtungen (§ 45). Er soll gewährleisten, dass nur solche Einrichtungen (z. B. Heime, Kindergärten) betrieben werden, die aufgrund ihrer personellen, räumlichen und konzeptionellen Voraussetzungen das Wohl der dort untergebrachten Kinder und Jugendlichen gewährleisten. Der Erlaubnisvorbehalt wird flankiert durch die Pflicht zur Vorlage der Konzeption der Einrichtung zusammen mit dem Antrag, die Befugnis zur örtlichen Prüfung der Einrichtung, durch Meldepflichten des Trägers der Einrichtung sowie die Möglichkeit der Tätigkeitsuntersagung für einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
  - Mitwirkung in gerichtlichen Verfahren (§ 50). Das Jugendamt unterstützt das Vormundschaftsgericht und das Familiengericht bei allen Maßnahmen, die die Sorge für die Person von Kindern und Jugendlichen betreffen. Es hat in Verfahren vor dem Vormundschafts- und dem Familiengericht mitzuwirken, die die Interessen bzw. die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen betreffen.
  - Darüber hinaus hat das Jugendamt auch in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz mitzuwirken (§ 52). In diesen Verfahren werden gegen strafrechtlich verantwortliche Jugendliche und Heranwachsende entsprechend der Schwere der Tat und des Unrechtsgehalts vom Jugendrichter unterschiedliche Maßnahmen ausgesprochen (Weisungen, Zuchtmittel, Jugendstrafe), sofern nicht bei Bagatelldelikten der Staatsanwalt oder der Richter das Verfahren einstellt. Das Jugendamt hat die Verpflichtung, den jugendlichen Delinquenten während des Verfahrens zu begleiten und erzieherische Hilfen anzubieten, sofern die Straftat Ausdruck eines Erziehungsdefizits ist.
  - Beistandschaft, Amtspflegschaft, Amtsvormundschaft (§§ 52 a ff). Während das Jugendamt im Rahmen der Beistandschaft ausschließlich die Aufgabe hat, einen sorgeberechtigten Elternteil bei der Feststellung der Vaterschaft und der Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen des Kindes zu unterstützen, übernimmt es als Amts-

pfleger teilweise und als Amtsvormund in vollem Umfang Aufgaben der elterlichen Sorge an Stelle der Eltern. Hauptanwendungsfall ist heute die Beschränkung bzw. der Entzug der elterlichen Sorge aufgrund einer Gefährdung des Kindeswohls und die Übertragung der Aufgaben durch das Familiengericht auf das Jugendamt. Nach der Abschaffung der gesetzlichen Amtspflegschaft für nichteheliche Kinder verbleiben dem Jugendamt daneben die Aufgaben der gesetzlichen Amtsvormundschaft für nichteheliche Kinder, deren Mütter minderjährig sind.

- Beurkundung und Beglaubigung (§ 59). Zu den Aufgaben der Jugendhilfe gehört darüber hinaus die Beurkundung oder Beglaubigung bestimmter Erklärungen (Anerkennung der Vaterschaft, Verpflichtung zur Erfüllung von Unterhaltsansprüchen, Sorgeerklärungen), wie sie im Übrigen den Notaren bzw. den Standesbeamten obliegen.

### **Einsatz des Einkommens und Vermögens**

31 Als Aufgabe der öffentlichen Fürsorge ist die Gewährung von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe – wie die der Sozialhilfe – nachrangig. Der Nachrang ist jedoch sehr begrenzt. So ist die Gewährung von Leistungen nicht vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig. Der Nachrang wird durch die (nachträgliche) Heranziehung zu den Kosten hergestellt.

Bei der Inanspruchnahme von Tageseinrichtungen für Kinder und von Kindertagespflege werden pauschalierte Teilnahmebeiträge erhoben; diese können nach sozialen Kriterien gestaffelt werden. Bei unzumutbarer Belastung werden die Beiträge erlassen bzw. übernommen (§ 90).

Die Inanspruchnahme von individuellen Hilfen zur Erziehung, von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie von Hilfe für junge Volljährige ist kostenfrei, sofern die Leistungen in ambulanter Form gewährt werden. Damit sollen Eltern, Kinder, Jugendliche und junge Volljährige motiviert werden, möglichst frühzeitig solche Leistungen in Anspruch zu nehmen, damit sich Probleme nicht verfestigen und dann kostenintensivere (stationäre) Hilfen geleistet werden müssen. Bei teilstationären und stationären Maßnahmen werden Kinder und Jugendliche und junge Volljährige sowie ihre Eltern sowie bei Volljährigen auch deren Ehegatten und Lebenspartner zu Kosten herangezogen. Die Heranziehung ist im

Rahmen des Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes mit Wirkung ab dem 01.10.2005 neu gestaltet und im Rahmen der Kostenbeitragsverordnung näher geregelt worden. Sie erfolgt nur noch über die Erhebung von Kostenbeiträgen. Grundlage für die Heranziehung aus dem Einkommen ist das um pauschale Abzüge geminderte Nettoeinkommen. Während junge Menschen ihr gesamtes bereinigtes Einkommen einzusetzen haben, ist die Höhe des Kostenbeitrages der Eltern aus einer nach Einkommensgruppen gestaffelten Tabelle abzulesen. Diese sieht für jede Einkommensgruppe zwei Beitragsstufen für teilstationäre und drei Beitragsstufen für vollstationäre Leistungen vor. Zur Sicherung gleich- oder vorrangiger Unterhaltsansprüche werden Abstufungen bzw. Reduzierungen vorgenommen. Mit der Neuregelung soll die Beitragsberechnung vereinfacht und eine proportionale Belastung auch höherer Einkommen sichergestellt werden. Bei besonders hohen Einkommen kann auch ein höherer Anteil des Einkommens als Kostenbeitrag verlangt werden. Eine Heranziehung aus dem Vermögen erfolgt nur bei jungen Volljährigen und bei volljährigen Müttern oder Vätern, die zusammen mit ihrem Kind stationär untergebracht sind.

## **Organisation**

### **Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§ 69)**

32 Das Gesetz weist die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe den örtlichen sowie den überörtlichen Trägern zu. Unterstützende und flankierende Funktionen haben daneben die obersten Landesbehörden und die oberste Bundesbehörde. Im Rahmen der Reform des Kinder- und Jugendhilferechts wurde die Zuständigkeit für alle Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe den örtlichen Trägern (Kreise, kreisfreie Städte, nach Maßgabe des Landesrechts auch leistungsfähige kreisangehörige Gemeinden) zugeordnet. Diese sind damit – anders als in der Sozialhilfe – ausnahmslos auch für alle teilstationären und stationären Leistungen zuständig. Kreisangehörige Gemeinden ohne eigenes Jugendamt können auf Grund autonomer Entscheidung für den örtlichen Bereich Aufgaben der Jugendhilfe (insbesondere Jugendarbeit und Tageseinrichtungen für Kinder) wahrnehmen. Die Planung und Durchführung dieser Aufgaben ist in den wesentlichen Punkten mit dem Kreis abzustimmen; dessen Gesamtverantwortung bleibt bestehen. Darüber hinaus kann Landesrecht auch bestimmen, dass kreisangehörige Gemeinden



von den Kreisen zur Durchführung von Aufgaben der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege herangezogen werden. Den überörtlichen Trägern verbleiben vor allem die Aufgaben zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen (so genannte Heimaufsicht) sowie beratende und qualitätssichernde Funktionen.

33 Das Gesetz gibt aber nicht nur die beiden Ebenen vor, sondern verpflichtet die örtlichen und überörtlichen Träger auch dazu, besondere Behörden zur Wahrnehmung der Aufgaben nach dem SGB VIII einzurichten. Dies sind auf der örtlichen Ebene die Jugendämter, auf der überörtlichen Ebene die Landesjugendämter. Es legt darüber hinaus fest, dass Jugendämter und Landesjugendämter zweigliedrig zu organisieren sind. Sie bestehen deshalb aus der Verwaltung des Jugendamtes bzw. des Landesjugendamtes und dem Jugendhilfeausschuss bzw. Landesjugendhilfeausschuss. Für den Jugendhilfeausschuss, der der Verwaltung des Jugendamtes rechtlich vorgeordnet ist und die Grundsatzfragen der örtlichen Kinder- und Jugendhilfe bestimmt, legt das Gesetz außerdem fest, dass zwei Fünftel der stimmberechtigten Mitglieder von der Vertretungskörperschaft auf Vorschlag der anerkannten Träger der freien Jugendhilfe zu wählen sind (§ 71). Im Jugendamt ist auf diese Weise eine unmittelbare Bürgerbeteiligung gesichert.

### **Zusammenarbeit mit der freien Jugendhilfe**

34 Zu den Strukturprinzipien der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland gehört die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Trägern der öffentlichen und den Trägern der freien Jugendhilfe. Die autonome Tätigkeit nichtstaatlicher Organisationen und Verbände im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe hat nicht nur eine große historische Bedeutung, sie ist vor allem die Voraussetzung für ein plurales Angebot und die Ausübung des Wunsch und Wahlrechts im Einzelfall. Im Hinblick auf den spezifischen Charakter der einzelnen Leistungen als Erziehungs- und Bildungsleistungen kann die Neutralität des Staates im Bereich der Erziehung nur durch ein vielfältiges Angebot unterschiedlicher Träger mit verschiedenen Wertorientierungen sichergestellt werden. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Rolle der freien Träger gewandelt. Durch die stärkere Verrechtlichung der Kinder- und Jugendhilfe werden sie zunehmend zu Leistungserbringern im Rahmen des so genannten sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses.

## **Verfahren**

35 Das SGB VIII enthält keine ausdrückliche Regelung zu der Frage, ob die Gewährung von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe einen Antrag voraussetzt. Das Bundesverwaltungsgericht leitet in seiner Entscheidung vom 28.9.2000 - 5 C 29.99 - für die Gewährung von Hilfe zur Erziehung ein Antragerfordernis bzw. eine vorangehende Information über den Hilfebedarf aus der Struktur des Gesetzes ab. Der vom Gesetz vorgesehene kooperative Entscheidungsprozeß im Rahmen des Hilfeplanverfahrens kann seine Wirkung nur entfalten, wenn die Leistungsberechtigten den zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe von Anfang an in ihre Überlegungen einbeziehen. Damit stellt das Gericht auch klar, dass eine so genannte Selbstbeschaffung der Leistung durch den Leistungsberechtigten den Träger der öffentlichen Jugendhilfe grundsätzlich nicht zur (nachträglichen) Übernahme der Kosten verpflichtet. Etwas Anderes gilt nur in den von der Rechtsprechung entwickelten Ausnahmefällen (Unaufschiebbarer Bedarf, rechtswidrige Ablehnung durch die Behörde). Im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes, das am 01.10.2005 in Kraft getreten ist, wurde das grundsätzliche Verbot der Selbstbeschaffung auch gesetzlich verankert (§ 36 a).

36 Die örtliche Zuständigkeit für die Gewährung von Leistungen der Jugendhilfe richtet sich nach dem gewöhnlichen Aufenthalt der Eltern bzw. des sorgeberechtigten Elternteils (§ 86). Bleiben beide Eltern nach der Trennung sorgeberechtigt, so ist der Aufenthaltsort des Kindes oder Jugendlichen zu Beginn der Leistung maßgeblich. Für junge Volljährige richtet sie sich nach ihrem gewöhnlichen, hilfsweise dem tatsächlichen Aufenthalt vor Beginn der Leistung. Bei Pflegekindern wechselt die Zuständigkeit nach zweijähriger Hilfedauer vom Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der Eltern zum Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der Pflegeeltern, wenn ein Verbleib des Pflegekindes bei den Pflegeeltern auf Dauer zu erwarten ist

## **Finanzierung**

### **Finanzierungsformen**

37 Die Finanzierung nichtstaatlicher Organisationen (freier Träger), die Leistungen der Jugendhilfe erbringen, erfolgt über Zuwendungen (§ 74) sowie – mit steigender Tendenz – durch die Übernahme der

Kosten im Einzelfall. Voraussetzung dafür ist bei teilstationären und stationären Leistungen der Abschluss von Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen (§§ 78 a ff) zwischen dem örtlichen Träger der Jugendhilfe und der in Anspruch genommenen Einrichtung. Die Vereinbarungen werden für die Zukunft abgeschlossen, müssen aber sicherstellen, dass der im Einzelfall festgestellte Bedarf auch tatsächlich gedeckt werden kann. Vereinbarungen sind nicht nur mit freigemeinnützigen Trägern von Einrichtungen, sondern auch mit privatgewerblichen Trägern sowie öffentlichen Trägern von Einrichtungen (z. B. Gemeinden) zu schließen. Für die Schlichtung von Streitigkeiten sind nach dem Vorbild in der Sozialhilfe Schiedsstellen zuständig.

37a Für junge Menschen, die von Pflegepersonen in Vollzeitpflege betreut werden, gewährt das Jugendamt laufende Leistungen zum Unterhalt. Sie sollen auf der Grundlage der tatsächlichen Kosten gewährt werden, die in der Pflegefamilie entstehen, sofern sie einen angemessenen Umfang nicht übersteigen. Die laufenden Leistungen umfassen neben einem Beitrag zur Anerkennung der Erziehungsleistung auch die Erstattung nachgewiesener Aufwendungen für Beiträge zu einer Unfallversicherung sowie die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung. Sie werden in monatlichen Pauschalbeträgen gewährt, die z. T. von den Ländern selbst, in den meisten Ländern von den Kreisen und Städten festgesetzt werden (§ 39 Abs. 4, 5).

37b Tagespflegepersonen gewährt das Jugendamt laufende Geldleistungen, wenn ein Förderbedarf nach § 24 (insbes. Ausbildung oder Erwerbstätigkeit beider oder des alleinerziehenden Elternteiles) besteht und die Person die Eignungsvoraussetzungen (insbes. vertiefte Kenntnisse hinsichtlich der Anforderungen der Kindertagespflege, die in qualifizierten Lehrgängen erworben worden oder in anderer Weise nachgewiesen werden) erfüllt. Die Leistungen umfassen den Sachaufwand, einen angemessenen Beitrag zur Anerkennung der Erziehungsleistung sowie die Erstattung nachgewiesener Aufwendungen für Beiträge zu einer Unfallversicherung sowie die hälftige Erstattung nachgewiesener Aufwendungen zu einer angemessenen Alterssicherung der Tagespflegeperson. Die Höhe der laufenden Geldleistung wird von den Kreisen und Städten festgelegt, soweit Landesrecht nicht etwas anderes bestimmt (§ 23 Abs.1 bis 3).

## Finanzierungslast

38 Nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes obliegt die Ausführung des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – und damit auch die Finanzierungslast den Ländern. Diese haben die Kinder- und Jugendhilfe wie die Sozialhilfe als Aufgabe kommunaler Selbstverwaltung bestimmt. Dies bedeutet, dass die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im weit überwiegenden Umfang von den örtlichen Trägern der Jugendhilfe (Kreise, kreisfreie Städte, kreisangehörige Gemeinden mit eigenem Jugendamt) zu finanzieren sind. Finanzierungsquellen sind dabei insbesondere kommunale Steuern, aber auch allgemeine oder zweckgebundene Zuwendungen von Seiten des Landes. Durch Kostenbeiträge (der Eltern) bzw. die Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen junger Menschen werden nur 5% der Kosten gedeckt.

## Beratung und Auskunft in der Kinder- und Jugendhilfe

39 Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem SGB VIII. Zuständig für die Beratung sind die örtlichen Träger der Jugendhilfe, also die Jugendämter in den Städten und Kreisen sowie – sofern landesrechtlich zugelassen – in kreisangehörigen Gemeinden.

## Rechtsschutz

40 Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten auf dem Gebiet des Kinder- und Jugendhilferechts, insbesondere für Klagen gegen die Versagung von Leistungen sind die Verwaltungsgerichte zuständig, da die Streitigkeiten durch Bundesgesetz keinem anderen Gericht ausdrücklich zugewiesen worden sind. Es gelten die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Tätigkeit des Jugendamts als Vormund oder Pfleger steht unter der Aufsicht des Vormundschaftsgerichts. Es hat gegen Pflichtwidrigkeiten des Jugendamts als Amtsvormund oder Amtspfleger durch geeignete Gebote und Verbote einzuschreiten. Es gelten die Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit.

## Rechtsquellen

### Sozialgesetzbuch

- |             |                           |
|-------------|---------------------------|
| Erstes Buch | – Allgemeiner Teil        |
| Achtes Buch | – Kinder- und Jugendhilfe |

- Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Zehntes Buch – Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten
- Zwölftes Buch – Sozialhilfe

**Bürgerliches Gesetzbuch**

- Viertes Buch Familienrecht
- 2. Abschnitt 5. Titel: Elterliche Sorge
- 3. Abschnitt 1. Titel: Vormundschaft und 3. Titel: Pflegschaft



# 9

## Sozialgesetzbuch - 9. Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

### Allgemeines

1 Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen können selbstverständlich zunächst die gleichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen wie andere Bürger in Anspruch nehmen; die einschlägigen Vorschriften gelten in gleicher Weise für diesen Personenkreis. Dieser Grundsatz wird durch Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes bekräftigt, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Die Vorschrift bindet als individuelles Grundrecht Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung unmittelbar, nicht nur auf Bundesebene, sondern auch in Ländern und Gemeinden sowie sonstigen Institutionen und Organisationen der „öffentlichen Gewalt“. Auf Rechtsbeziehungen zwischen Privaten wirkt das Benachteiligungsverbot mittelbar, indem es bei der Auslegung und Anwendung bürgerlichen Rechts berücksichtigt werden muss.

2 Die folgenden Ausführungen befassen sich mit den darüber hinaus gehenden, besonderen Regelungen des Sozialrechts, die zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gezielt auf deren Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sind. Wird z. B. die Umschulung in einen anderen Beruf nötig, weil der bisherige auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gefragt ist, erhalten behinderte Menschen nach dem Dritten oder dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs hierzu grundsätzlich die gleichen Leistungen unter den gleichen Voraussetzungen wie nicht behinderte. Ist die Umschulung jedoch wegen der Behinderung erforderlich, gehört diese Umschulung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit im Bedarfsfalle besonderen Fördermodalitäten.

3 Die besonderen sozialrechtlichen Regelungen zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind mit Wirkung ab 1. Juli 2001 durch

das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - kodifiziert und fortentwickelt worden. Nach seinem § 1 erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

4 Nicht zum Sozialrecht im engeren Sinn gehören die Regelungen des Behindertengleichstellungsgesetzes, die am 1. Mai 2002 in Kraft getreten sind. Sie sollen das Benachteiligungsverbot auch über das Sozialrecht hinaus umsetzen sowie dazu dienen, die Gleichberechtigung behinderter Menschen in vielen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens zu sichern und im Alltag zu praktizieren. Hierzu enthält das Gesetz allgemeine Bestimmungen zu

- Benachteiligungsverbot für Träger öffentlicher Gewalt,
- Berücksichtigung besonderer Belange behinderter Frauen/Gender Mainstreaming,
- Definition von Behinderung und Barrierefreiheit,
- Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit,
- Verpflichtung des Bundes zum barrierefreien Bauen,
- Gebärdensprache und behinderungsgerechte Gestaltung von Bescheiden im Verwaltungsverfahren,
- barrierefreie Informationstechnik,
- Verbandsklagerecht

sowie die gesetzliche Verankerung der/des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, außerdem Regelungen zur Umsetzung der Gleichstellung und zur Herstellung von Barrierefreiheit in den Bereichen

- Bundestags- und Europawahlen,
- Personenbeförderung im öffentlichen Nahverkehr, mit der Eisenbahn und im Luftverkehr, auch über Finanzhilfen des Bundes nur für barrierefreie Verkehrsvorhaben,
- Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Gaststätten,
- gleiche Chancen beim Hochschulstudium und
- diskriminierungsfreie Formulierung berufsrechtlicher Vorschriften.

Einzelheiten regeln die Kommunikationshilfeverordnung, die Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung und die Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung, alle vom 17. Juli 2002.

## Behinderte Menschen

5 „Behindert“ sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX Menschen, 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. Diese an Vorschläge der Weltgesundheitsorganisation angelehnte grundlegende Begriffsbestimmung orientiert sich nicht an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten; im Vordergrund steht das Ziel der Teilhabe (participation) an den verschiedenen Lebensbereichen. Als Abweichung vom „typischen Zustand“ ist der Verlust oder die Beeinträchtigung von - im jeweiligen Lebensalter - normalerweise vorhandenen körperlichen, geistigen oder seelischen Strukturen zu verstehen. Folgt aus dieser Schädigung eine Teilhabebeeinträchtigung, die sich in einem oder mehreren Lebensbereichen auswirkt, liegt eine Behinderung vor. Das Erfordernis einer voraussichtlichen Dauer der Beeinträchtigung von sechs Monaten schließt zwar vorübergehende Störungen aus, nicht jedoch Interventionen so früh wie im Einzelfall geboten; dies gilt insbesondere, wenn bei Kindern Behinderungen eingetreten oder zu erwarten sind.

6 Die gleiche Abweichung vom alterstypischen Zustand und die gleiche Funktionsbeeinträchtigung können zu sehr unterschiedlichen Teilhabebeeinträchtigungen führen; so behindert der Verlust des linken Mittelfingers einen Verwaltungsbeamten bei seiner Berufsausübung kaum, einen Geiger dagegen sehr. Auch schwere Schädigungen und Einschränkungen wirken sich meist nicht auf alle Lebensbereiche gleichermaßen aus; ein Mensch mit gesundheitlichen Schädigungen ist jeweils nur in bestimmten Funktionen beeinträchtigt und damit nur in Bezug auf bestimmte Tätigkeiten und Teilhabebereiche „behindert“, während seine Leistungs- und Teilhabefähigkeit in anderen Lebensbereichen unvermindert oder sogar ungewöhnlich hoch sein kann. Dementsprechend ist zunächst immer auf die individuellen Fähigkeiten zu achten, und der Hilfebedarf behinderter Menschen kann selbst bei gleicher Beeinträchtigung individuell sehr verschieden sein.

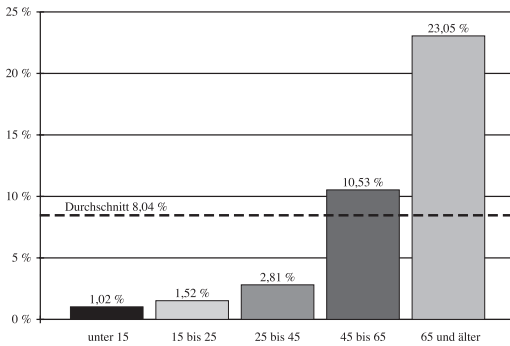
7 Schwerbehinderte Menschen sind behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt und die in Deutschland rechtmäßig wohnen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder hier beschäftigt sind (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Ende 2003 waren in Deutschland 6,639 Mio. Menschen schwerbehindert; dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von rd. 8%, wobei der Anteil schwerbehinderter Menschen an den über 60-Jährigen deutlich über und deren Anteil an den jungen Menschen deutlich unter dem angegebenen Gesamtwert liegen.

## Alter und Geschlecht schwerbehinderter Menschen am 31. Dezember 2003

Alter von bis	männlich	weiblich	insgesamt
unter 4	8.622	6.654	15.276
4 - 6	8.615	6.270	14.885
6 - 15	54.778	39.046	93.824
15 - 18	23.491	16.980	40.471
18 - 25	61.790	44.419	106.209
25 - 35	117.902	92.504	210.406
35 - 45	257.888	218.604	476.492
45 - 55	408.548	361.968	770.516
55 - 60	318.437	249.888	568.325
60 - 62	187.735	132.249	319.984
62 - 65	362.644	234.308	596.952
65 und mehr	1.674.891	1.750.661	3.425.552
Insgesamt	3.485.341	3.153.551	6.638.892



**Anteil schwerbehinderter Menschen nach Altersgruppen**



8 Die besonderen, nach Art oder Schwere der Behinderung sehr unterschiedlichen Hilfen, die behinderte Menschen zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt brauchen, sind in der Regel nicht davon abhängig, dass zuvor eine (Schwer)Behinderung förmlich festgestellt wurde. Das Vorliegen der Behinderung ist vielmehr eine Leistungsvoraussetzung wie andere Voraussetzungen auch und wird vom zuständigen Rehabilitationsträger bei seiner Entscheidung über die Sozialleistung geprüft. Eine Feststellung des Grades der Behinderung in einem förmlichen Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 des SGB IX) ist nur für die dort vorgesehenen besonderen Hilfen und Rechte (Rdnr. 92-107) sowie für steuerliche und sonstige Nachteilsausgleiche von Bedeutung.

9 Wichtig ist, dass begriffliche Abgrenzungen in Bezug auf behinderte Menschen einer gedanklichen und sozialen Ausgrenzung dieser Menschen nicht Vorschub leisten dürfen, sondern als Hinweis auf ihre individuellen Probleme und Chancen zu verstehen sind sowie darauf, wie jeder von ihnen Zugang zu den Hilfen erhält, die er zu seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigt. Ziel ist darüber hinaus, die für einzelne Gruppen behinderter Menschen erreichten Fortschritte und Standards auch für andere Gruppen zu verwirklichen und für alle behinderten Menschen und ihre Angehörigen ein Leben „so normal wie möglich“ anzustreben.

**Leistungen zur Teilhabe**

10 Leistungen zur Teilhabe umfassen nach § 4 Abs. 1 SGB IX die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

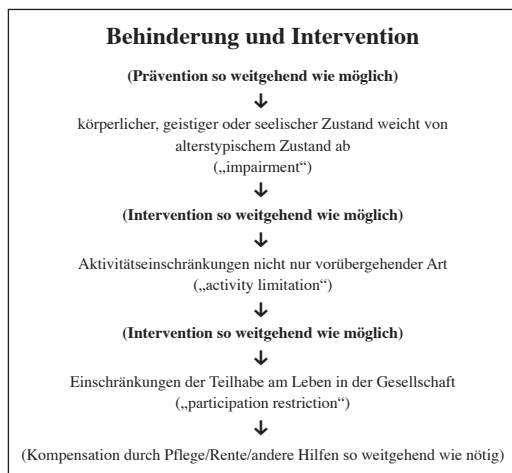
Eine entsprechende Vorschrift enthält § 10 des SGB I als „soziales Recht“, das in allen Sozialleistungsbereichen zu beachten ist.

11 Diese Vorgaben dienen nicht nur der Auslegung und Anwendung des Sozialrechts, sondern sind darüber hinaus als Leitlinie der Politik für behinderte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland allgemein anerkannt. Unter den Grundsätzen, die aus ihnen abzuleiten sind, sind hervorzuheben

- das Ziel der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft,
- der Grundsatz der Finalität, nach dem die notwendigen Hilfen jedem behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden müssen, auch wenn für diese Hilfen unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zuständig sind,
- der Grundsatz einer möglichst frühzeitigen Intervention, nach dem entsprechend den im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten und Notwendigkeiten Ausmaß und Auswirkungen der Behinderung möglichst gering zu halten und nicht vermeidbare Auswirkungen so gut wie möglich auszugleichen sind, und
- der Grundsatz der individuellen Hilfe, die auf die konkrete Bedarfssituation jedes einzelnen behinderten und von Behinderung bedrohten Men-

schen zugeschnitten und dieser Bedarfssituation mit geeigneten Mitteln gerecht werden muss.

12 Berücksichtigt man den in den Vorgaben des § 4 SGB IX enthaltenen Grundsatz einer möglichst frühzeitigen Intervention, muss der sachgerechte Ansatzpunkt im Einzelfall stets zunächst auf einer möglichst frühen Stufe gesucht werden.



Die Übernahme des dreistufig aufgebauten Behinderterbegriffs der Weltgesundheitsorganisation in das deutsche Recht verdeutlicht die unterschiedlichen Ansatzpunkte für Hilfen:

- im Bereich der drohenden oder vorliegenden Schädigungen durch Prävention wie z. B. gesundheitsgerechtes Verhalten, Unfallverhütung und andere Formen der Vermeidung oder Senkung von Risiken, durch Vorsorgemaßnahmen, durch Rettungsdienste oder durch Maßnahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation,
- im Bereich der Aktivitätseinschränkungen durch Hilfen zur Kompensation der funktionalen Beeinträchtigungen, z. B. orthopädische Hilfsmittel, Funktionstraining oder technische Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
- im Bereich der Einschränkungen der Teilhabe etwa dadurch, dass Barrieren vermieden oder abgebaut werden oder dass ein Beruf gewählt wird, der trotz Funktionseinschränkungen die Berufsausübung ermöglicht oder erleichtert.

Ein wichtiger Anwendungsfall des Grundsatzes der möglichst frühen Intervention ist, dass Leistungen

zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben Vorrang vor Rentenleistungen haben, soweit bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe Rente nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen ist (§ 8 Abs. 2 SGB IX, § 9 Abs. 1 SGB VI) - Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe vor Rente“. Gleiches gilt, wenn durch die Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet wird - Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe vor Pflege“ (§ 8 Abs. 3 SGB IX, § 5 SGB XI).

13 Leistungen zur Teilhabe mit den in § 4 SGB IX genannten Zielen werden in folgenden Leistungsgruppen erbracht:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden - außer bei Jugend- und Sozialhilfe - durch eine weitere Leistungsgruppe „Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen“ ergänzt.

14 Die Leistungen zur Teilhabe oder auch einzelne ihrer Leistungsgruppen sind nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen, sondern eingebettet in die sonstigen Aufgaben einer Reihe von Leistungsträgern, die bei den Leistungen zur Teilhabe zusammenfassend als Rehabilitationsträger bezeichnet werden. Es werden erbracht (§ 6 SGB IX):

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherung sowie der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, der Renten- und der Unfallversicherung sowie der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch die Träger der Unfallversicherung und der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden.
- Die Bundesagentur für Arbeit erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl als

Leistungen zur	Unfallversicherung	Soziale Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesagentur für Arbeit	Jugendhilfe	Sozialhilfe
medizinische Rehabilitation	X	X	X	X		X	X
Teilhabe am Arbeitsleben	X	X		X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	X	X				X	X

Leistungsträger nach dem SGB III als auch als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, hier neben den zugelassenen kommunalen Trägern.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe treten - aufgrund ihrer umfassenden Aufgabenstellung - nachrangig bei allen Leistungen zur Teilhabe ein, wenn benötigte Leistungen von vorrangigen Trägern nicht in Anspruch genommen werden können, weil deren Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall nicht gegeben sind. Insgesamt werden Leistungen zur Teilhabe durch acht Gruppen von Rehabilitationsträgern erbracht (siehe Grafik).

15 Welcher Rehabilitationsträger unter welchen Voraussetzungen welche Leistungen zur Teilhabe erbringt, richtet sich nach den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 Satz 2 SGB IX); dies trägt dem gegliederten System Rechnung. So kann bspw. Leistungen der Rentenversicherung grundsätzlich nur erwarten, wer dort versichert ist, und Leistungen der Sozialhilfe, wer deren Voraussetzungen erfüllt; die einschlägigen Regelungen finden sich in den jeweiligen Büchern des Sozialgesetzbuchs und in anderen Leistungsgesetzen. Regelungen zu Inhalt und Zielsetzung der Leistungen zur Teilhabe, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, sind demgegenüber nur an einer Stelle - im SGB IX - getroffen, auch um zu verdeutlichen, dass das gemeinsame Ziel - möglichst weitgehende Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben der Gesellschaft - von allen jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern in grundsätzlich gleicher Weise verfolgt wird. Durch die Zusammenfassung der für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich geltenden Vorschriften ist das SGB IX in ähnlicher

Weise bereichsübergreifend wirksam wie bereits zuvor die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs. Wegen der Besonderheiten des gegliederten Systems kann dies nur gelten, soweit in den Leistungsgesetzen für die einzelnen Rehabilitationsträger nichts Abweichendes bestimmt ist; viele bisherige besondere Regelungen der einzelnen Leistungsgesetze wurden im Zuge des SGB IX jedoch aufgehoben, durch Bezugnahmen auf das SGB IX ersetzt oder inhaltlich angepasst.

16 Die Rehabilitationsträger sind zur Zusammenarbeit verpflichtet. Abgrenzungsfragen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern sollen nach § 13 SGB IX möglichst in Form von gemeinsamen Empfehlungen (im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) einvernehmlich geklärt werden. Die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenverbände werden an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen beteiligt. Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. Die Empfehlungen haben auch die besonderen Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder zu berücksichtigen.

Gemeinsame Empfehlungen zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, z. B. bei der Qualitätssicherung und der Durchführung von Begutachtungen, sind in Kraft, weitere in Vorbereitung; der aktuelle Stand findet sich unter [http://www.bar-frankfurt.de/Gemeinsame\\_Empfehlungen.BAR](http://www.bar-frankfurt.de/Gemeinsame_Empfehlungen.BAR).

17 Inwieweit und wie die in § 4 SGB IX, § 10 SGB I genannten Ziele für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen im Einzelfall verwirklicht werden können, also das Teilhabepotenzial, ist individuell zu ermitteln, und zwar mit einer Prognose der Entwicklung, die bei bestmöglicher Förderung erreichbar wäre. Möglichkeiten und Probleme behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen betreffen nie nur einzelne Bereiche, etwa den medizinischen oder beruflichen; vielmehr müssen die einzelnen Leistungen den konkreten Lebensumständen in ihrer Gesamtheit Rechnung tragen, in deren Rahmen sich Rehabilitation und Teilhabe vollziehen sollen und mit denen sich behinderte Menschen aufgrund ihrer „Funktionsbeeinträchtigung“ in anderer Weise als nicht behinderte auseinandersetzen. Das sich aus § 4 ergebende umfassende Verständnis von Teilhabe und ganzheitlicher Förderung wird durch einige weitere grundsätzliche Regelungen ergänzt, insbesondere

- den Vorrang der Prävention (§ 3 SGB IX),
- das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX),
- den zügigen, wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der Leistungen zur Teilhabe (§ 10 SGB IX) sowie
- die Koordinierung und das Zusammenwirken von Leistungen (§§ 11 und 12 SGB IX).

18 Die Leistungen zur Teilhabe müssen zur Umsetzung der Zielsetzungen notwendig sein. Notwendig sind Leistungen zur Teilhabe nur, wenn sie zum Erreichen der in § 4 SGB IX genannten Ziele geeignet sind. Hinzu muss kommen, dass kein anderer, sinnvoller Weg, diese Ziele zu erreichen, gegeben ist. Beispiele für alternative Wege, die Leistungen zur Teilhabe entbehrlich machen, sind

- das Erreichen der Ziele über die in Rdnr. 2 angesprochenen anderen Leistungen,
- die behinderungsgerechte, insbesondere barrierefreie Gestaltung von Lebensumständen oder
- die Bereitschaft von Arbeitgebern, z. B. eine notwendige Ausbildung eines behinderten Menschen in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten zu übernehmen.

Solche alternativen Wege der Zielerreichung müssen konkret gangbar und tragfähig sein. Hält ein Rehabilitationsträger im Hinblick auf solche Alternativen

eigene Leistungen nicht für notwendig, muss er die Leistungsberechtigten bei der Ermittlung und Umsetzung der geeignetsten Alternativen unterstützen und bei Bedarf selbst initiativ werden. Beim Misslingen alternativer Wege bleiben die Leistungen zur Teilhabe im Rechtssinn notwendig. Ergibt die Prognose, dass die genannten Ziele über mehrere unterschiedliche Wege gleich gut und gleich schnell erreicht werden können, ist zunächst das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen nach § 9 SGB IX zu beachten. Innerhalb eines danach verbleibenden Entscheidungsspielraums gelten die allgemeinen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Die für die Unfallversicherung nach § 26 Abs. 2 SGB VII geltende Vorgabe, die dort genannten Ziele „mit allen geeigneten Mitteln“ zu erreichen, sagt in der Sache nichts Abweichendes. Im Bereich der Sozialhilfe ist § 13 SGB XII zu beachten, der Wunsch- und Wahlrechte behinderter Menschen unter bestimmten Voraussetzungen einschränkt. Ähnliches gilt in der öffentlichen Jugendhilfe nach § 5 SGB VIII.

19 Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, haben nach § 10 Abs. 1 SGB IX die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Feststellung der Leistungen unter Bezug auf ihre Funktion verbietet pauschale Leistungsbeschreibungen; sie gebietet Leistungen entsprechend dem individuellen Bedarf und entsprechend den individuellen, mit den Leistungen umzusetzenden Teilhabezielen. Die Leistungen sind entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen und darauf auszurichten, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 SGB IX entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei haben die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf zu sichern (Teilhabemanagement). Dem bereits eingeleiteten Paradigmenwechsel, kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen stärker als bisher dabei zu unterstützen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, dienen insbesondere auch Persönliche Budgets, auch trägerübergreifend als Gesamtbudget aller in Betracht

kommenen Leistungen. Dabei werden behinderten und pflegebedürftigen Menschen auf Antrag anstelle von Sachleistungen regelmäßige oder einmalige Geldzahlungen zur Verfügung gestellt, mit denen sie benötigte Leistungen selbst organisieren und bezahlen können. Ergänzend zu § 17 SGB IX und den flankierenden Bestimmungen für die einzelnen Leistungsbereiche regelt die Budgetverordnung Einzelheiten des Verfahrens. Während einer Erprobungsphase entscheiden die Leistungsträger über Persönliche Budgets im Rahmen ihres Ermessens, ab 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch. Die Erprobungsphase wird durch wissenschaftliche Begleitforschung unterstützt. Zum Jahresende 2006 wird die Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat über die während der Erprobungsphase gewonnenen Erfahrungen unterrichten.

20 Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger nach § 11 SGB IX gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

21 Schwerbehinderte Menschen können - neben den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn deren Voraussetzungen gegeben sind - mit dieser Zielsetzung auch besondere Leistungen und sonstige Hilfen nach Teil 2 des SGB IX erhalten; (Einzelheiten hierzu unter Rdnr. 92-107). Diese Leistungen werden aus der Ausgleichsabgabe bestritten, die Arbeitgeber abführen, wenn sie ihrer Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nicht oder nur unzureichend nachkommen. Die Leistungen der Pflegeversicherung, deren Träger nicht zu den Rehabilitationsträgern zählen, werden gesondert dargestellt.

22 Insgesamt verfügt die Bundesrepublik Deutschland - auch im internationalen Vergleich und trotz noch bestehender Verbesserungsnotwendigkeiten - über ein umfassendes, in sich differenziertes, aber im Ergebnis durchgängiges Sozialleistungssystem auch und gerade für behinderte Menschen. Die Bedeutung

der Sozialleistungen zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft zeigt auch deren finanzielles Gewicht:

**Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe in 2004**

Rehabilitations-träger	Kranken-versiche-rung	Renten-versiche-rung	Unfall-versiche-rung	Bundes-agentur für Arbeit	Sozial-hilfe
in Mio. Euro	2.372	4.933	3.430	2.940	11.487

23 Neben dem Abbau vorhandener und dem Vermeiden neuer Benachteiligungen bilden nach deutschem Verständnis die Leistungen zur Teilhabe - als Sozialleistungen - den Kern der Bemühungen um Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt. Eine möglichst weitgehende, wirkungsvolle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erfordert jedoch, dass diese Leistungen ergänzt werden durch

- vorrangiges Augenmerk auf die individuellen Fähigkeiten und Entwicklungspotenziale der behinderten Menschen,
- eine behinderungsgerechte Gestaltung der Lebensumstände, denen behinderte Menschen ausgesetzt sind und mit denen sie sich auseinandersetzen müssen (z. B. im Verkehr oder bei der Kommunikation mit anderen),
- eine ausreichende Bereitschaft einerseits der behinderten Menschen, andererseits der Gesellschaft, das ihnen jeweils Mögliche zu voller Teilhabe zu tun, sowie
- ein „teilhabefreundliches Klima“ in der Gesellschaft insgesamt.

24 Zur Ausfüllung der differenzierten Rechtsgrundlagen und zu ihrer praktischen Umsetzung dient ein ebenso differenziertes System an Einrichtungen und Diensten. Dies ermöglicht es, die notwendige Hilfe entsprechend der individuellen Bedarfssituation mit den geeigneten, auf sie zugeschnittenen Mitteln und Maßnahmen zu leisten. Wichtig ist dabei, die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft notwendige Förderung möglichst mit einer Erhaltung und sachgerechten Fortentwicklung der bisherigen sozialen Bezüge in Einklang zu bringen. Daher ist dort, wo eine wirkungsvolle Förderung durch ambulante Hilfen möglich ist, diesen der Vorzug zu geben, zumal sie

dem Betroffenen mehr Möglichkeiten zu eigenverantwortlicher Gestaltung seiner Lebensumstände belassen. Auch haben Fördermaßnahmen Vorrang, die eine Gemeinsamkeit mit nichtbehinderten Menschen ermöglichen; die Hilfen in besonderen, gezielt auf behinderte Menschen ausgerichteten Einrichtungen sind auf das unbedingt Notwendige zu beschränken. Allerdings muss in jedem Einzelfall die konkret benötigte Förderung gewährleistet sein.

25 Die Aufgabe, Menschen mit Behinderungen „so normal wie möglich“ am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu lassen, ist nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller. Sozialleistungen und sonstige Hilfen können die Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft nicht gewährleisten, sondern nur erleichtern und fördern; wo sie durch persönliches und gesellschaftliches Engagement entbehrlich gemacht werden, wird nicht nur die Teilhabe unmittelbar vollzogen, sondern mindert sich zugleich der Umfang der „erforderlichen Hilfen“.

26 Rechtsvorschriften, Einrichtungen und Dienste können nicht mehr sein als Angebote und Chancen zur Teilhabe; erreichbar sind die in § 4 SGB IX genannten Ziele nur bei einer entsprechenden Motivation der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Rat und Hilfe zur Teilhabe müssen deshalb an konkret vorhandene Motivationen der Betroffenen anknüpfen und diese unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten fortentwickeln. Die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe bedarf der Zustimmung der behinderten Menschen (§ 9 Abs. 4 SGB IX); an der Durchführung haben sie mitzuwirken, und berechtigten Wünschen bei der Ausgestaltung wird entsprochen (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Weil behinderten Menschen die Entfaltung ihrer Persönlichkeit in vielerlei Hinsicht erschwert ist, kommt es darauf an, dass die Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen und ihre Selbstbestimmung fördern.

### **Prävention, Früherkennung und Frühförderung**

27 Entsprechend der in § 3 SGB IX enthaltenen Zielsetzung wird zunächst angestrebt, für alle Altersgruppen und Lebensbereiche durch gezielte Prävention das Entstehen von Behinderungen und chronischen Krankheiten so weit wie möglich zu

vermeiden. Wichtige Felder hierbei sind Arbeitsschutz und Unfallverhütung, Umweltschutz und Gesundheitsvorsorge, vor allem auch bei chronisch-degenerativen Erkrankungen. Die Bemühungen, Behinderungen zu vermeiden, können allerdings nach derzeitigem Kenntnis- und Entwicklungsstand nur teilweise Erfolg haben. Einerseits wirkt eine Vielzahl von Gefährdungspotentialen auf die Menschen und ihre Entwicklung ein, deren krankheits- und behinderungsbedingende Faktoren weder für sich allein noch in ihrem Zusammenwirken voll erkennbar sind. Zum anderen erschwert der ständige Wandel der Lebensbedingungen die Erkenntnis und die Beseitigung insbesondere der Einflussfaktoren, die erst längerfristig wirksam werden. Auch ist nicht alles, was wissenschaftlich machbar ist, für eine Anwendung in der Praxis geeignet, wenn z. B. gewichtige ethische Grundsätze entgegenstehen; dies betrifft insbesondere die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik und der Gentechnologie. Selbst wenn ein Leben mit einer Behinderung droht, sind die Prinzipien der Menschenwürde und der freien Entfaltung menschlichen Lebens zu wahren.

28 Insbesondere Frauen und Männer, deren Belastung mit vererbaren Risikofaktoren bekannt ist, haben die Möglichkeit zur genetischen Beratung, um die Risiken einer Schwangerschaft abzuwägen und gewichten zu können. Auch ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft einschließlich regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen zum Erkennen und zum Ausschluss von Risikofaktoren gehört zu den Leistungen der Krankenversicherung und der Sozialhilfe; ihre Inanspruchnahme ist mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit geworden.

29 Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt oder erfolgreich behandelt werden; gerade frühkindliche Entwicklungsphasen können in vielen Fällen wirkungsvoll beeinflusst werden. Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensjahr sowie eine weitere nach Vollendung des 10. Lebensjahres sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe. Die insgesamt 10 ärztlichen Untersuchungsreihen dienen der Feststellung von Auffälligkeiten, die den Verdacht auf bestehende oder drohende Behinderungen nahe legen, und geben damit Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen mit dem Ziel, eine drohende Behinderung abzuwenden, eine schon erkennbare Behinderung zu beseitigen oder



zumindest die Folgen der Behinderung zu mildern. Die Untersuchungen werden vorzugsweise von Kinderärzten und qualifizierten Allgemeinmedizinern durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einem Untersuchungsheft festgehalten, das bei den Eltern verbleibt. Jede der Untersuchungen ist wesentlicher Teil eines ganzheitlichen Vorsorgekonzepts zur Früherkennung von Behinderungen, wobei die letzten Untersuchungen auch dann unverzichtbar sind, wenn bis zu diesem Zeitpunkt bei einem Kind keine gesundheitlichen Auffälligkeiten registriert werden konnten. Auch der besondere Wert landesweiter Schutzimpfungen (z. B. gegen Polio) als wirksames Mittel zur Vorsorge vor Behinderungen ist unumstritten, wobei die Impfung von Säuglingen und Kleinkindern in aller Regel anlässlich einer der Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wird. Bei Heranwachsenden übernimmt der schulärztliche Dienst die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und Prophylaxe.

30 Zur bestmöglichen Versorgung und Betreuung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder dient ein differenziertes Versorgungsangebot. Die erforderlichen Hilfen leisten

- niedergelassene Kinder- und andere Ärzte sowie Therapeuten,
- ambulante interdisziplinäre Frühförderstellen und
- überregionale sozialpädiatrische Zentren.

Medizinische Erstberatung und -behandlung obliegen in der Regel den niedergelassenen Kinderärzten, die bei ihrer Arbeit von Fachkräften der Gesundheitsämter und den Landesärzten für Behinderte unterstützt werden. Vielfach erfordern Frühbehandlung und Frühförderung wohnort- und familiennah ein interdisziplinäres Angebot medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste. In diesem Bereich des Versorgungssystems ergänzen sich die Netze regionaler Frühförderstellen und überregionaler sozialpädiatrischer Einrichtungen. Diese sehr verschiedenartigen Einrichtungen und Fachdienste in teils privater, teils öffentlicher Trägerschaft weisen sowohl hinsichtlich ihrer Dichte und Ausstattung als auch hinsichtlich ihrer Organisation und Arbeitsweise örtlich und regional erhebliche Unterschiede auf. Stehen bei den sozialpädiatrischen Einrichtungen vorzugsweise breit gefächerte diagnostische und medizinisch-therapeutische Angebote für Fälle besonders schwieriger Problematik im Vordergrund, so leisten Frühförderstellen vor allem psychologi-

sche, pädagogische und soziale Hilfe für Eltern und Kinder. In ihnen und mit Teams mobiler Hausfrühförderung werden neben medizinischen auch nicht-medizinische Leistungen erbracht, insbesondere pädagogische Förderung und psychologische Hilfen, und zugleich die Erziehungs- und Förderungskompetenz der betroffenen Familien gestärkt.

31 Zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder werden die notwendigen medizinischen und heilpädagogischen Leistungen von den zuständigen Rehabilitationsträgern, in der Regel den Krankenkassen und den örtlichen Sozialhilfeträgern, gemeinsam als einheitliche Komplexleistungen erbracht (§§ 30 und 56 SGB IX). Sie umfassen therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische sowie psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, in der Regel durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder sozialpädiatrische Zentren. Eine in 2003 in Kraft getretene Verordnung enthält die erforderlichen Bestimmungen zur Abgrenzung der Leistungen und zur Kostenteilung zwischen den Rehabilitationsträgern.

32 Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehört nach § 20 SGB V auch, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben außerdem ab dem 35. Lebensjahr Anspruch auf eine regelmäßige Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit; hinzu kommen jährliche Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr (§ 25 SGB V).

33 Nach § 23 SGB V haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf medizinische Vorsorgeleistungen, wenn diese notwendig sind, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Bei Bedarf werden diese Leistungen in Form einer ambulanten Vorsorgekur erbracht.

34 Bedeutsam für die Prävention sind ferner die Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (§§ 14 ff SGB VII sowie die Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherung) und zahlreiche Bestimmungen im Bereich des gesetzlichen und tariflichen Arbeitsschutzes, wobei die steigende Zahl der gesundheitsschädlichen Arbeitsstoffe zu immer neuen Aktivitäten zwingt. Ansätze betrieblicher Prävention enthält auch § 84 SGB IX. Danach hat der Arbeitgeber bei Schwierigkeiten im Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung, die Mitarbeitervertretungen sowie das Integrationsamt einzuschalten, um mit ihnen alle Möglichkeiten und Hilfen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann. § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet alle Arbeitgeber zu betrieblichem Eingliederungsmanagement mit gezielter frühzeitiger Intervention mit dem Ziel von Rehabilitation statt Entlassung. Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig krank, klärt der Arbeitgeber unter Einschaltung der Mitarbeiter- und gegebenenfalls auch Schwerbehindertenvertretung mit Zustimmung und Beteiligung betroffener Personen, welche Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und welche zielführenden Leistungen oder Hilfen unter Einschaltung auch externer Stellen in Betracht kommen. Arbeitgeber, die betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, können von Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern durch Prämien und Boni gefördert werden. Arbeitgeber, die sich ihrer Verpflichtung zu betrieblichem Eingliederungsmanagement entziehen, dürften Probleme haben, krankheitsbedingte Kündigungen gegen den Willen der betroffenen Mitarbeiter durchsetzen.

## Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

35 Nach § 26 SGB IX werden die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht, um eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwin-

den, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Sie umfassen - neben Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder - insbesondere

- Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- Hilfsmittel sowie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

36 Von diesen Leistungen sind nur wenige rehabilitationsspezifisch; da Prävention, Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation sowohl in ihren Zielsetzungen als auch in den konkreten ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen ineinander übergehen, sind die meisten Leistungen weitgehend deckungsgleich mit den Leistungen zur Behandlung einer Krankheit z. B. in der Krankenversicherung. Einerseits zielen sowohl Präventions- wie Teilhabeleistungen darauf ab, spätere Akutbehandlungen entbehrlich zu machen; andererseits muss jede Akutbehandlung so ausgestaltet werden, dass nach ihrem Abschluss keine oder nur eine möglichst geringfügige Behinderung zurückbleibt, und sollte, wo eine Funktionsbeeinträchtigung bleibt, auf das Leben mit dieser Beeinträchtigung und ihren Auswirkungen vorbereiten, bspw. durch Training mit Hilfsmitteln. Daher stellt § 11 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung klar, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch mit der Zielsetzung zu erbringen sind, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern; auch eine Akutbehandlung hat sich nach § 27 SGB IX stets an den Zielen der Rehabilitation zu orientieren, wie sie in §§ 26 und 10 SGB IX festgelegt sind.

37 Besonderes Gewicht hat im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Versorgung

mit Hilfsmitteln nach § 31 SGB IX. Danach besteht Anspruch auf die im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel, wenn diese von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können, z. B. ein Rollstuhl mit bestimmter Ausstattung. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Die spezielle Beratung durch den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Orthopädischen Versorgungsstellen (§ 275 Abs. 3 SGB V) ist ebenfalls darauf gerichtet, die Hilfsmittelversorgung auf den individuellen Bedarf abzustimmen. Einzelheiten zur Hilfsmittelversorgung sind in Richtlinien der jeweiligen Spitzenverbände der Träger geregelt. Für den Bereich der Unfallversicherung ist auf die Verordnung über die orthopädische Versorgung Unfallverletzter hinzuweisen, für den Bereich der sozialen Entschädigung auf die Orthopädieverordnung.

38 Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation treten gemäß §§ 44 ff SGB IX und ergänzenden Vorschriften in den einzelnen Leistungsgesetzen unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, insbesondere Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld und Versorgungskrankengeld), Haushaltshilfe (§ 54 SGB IX) sowie Reisekosten (§ 53 SGB IX). Zu den Reisekosten zählen insbesondere die erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten.

39 Die Rehabilitationsträger, die medizinische Leistungen erbringen, sind durchweg umfassend für Akutbehandlung und Rehabilitation zuständig; nur die Rentenversicherung erbringt (neben Renten) ausschließlich Leistungen zur Teilhabe, und zwar nach pflichtgemäßem Ermessen, während auf die Leistungen der anderen Träger durchweg Rechtsansprüche bestehen.

40 In der gesetzlichen Krankenversicherung

- sind behinderte Kinder zeitlich unbegrenzt (mit-) versichert, wenn ein Elternteil versichert ist und das Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, und
- haben schwerbehinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen ein eigenständiges Beitrittsrecht (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

41 Wirkungsvolle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzen ein ausreichendes Angebot an geeigneten Einrichtungen voraus. Die Rehabilitationsträger stellen die Qualität der Leistungen durch Gemeinsame Empfehlungen sicher und entwickeln diese weiter (§ 20 SGB IX), bei

Inanspruchnahme von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen anderer Träger durch Verträge. Für die Krankenversicherung zielt ein gesetzliches „Anforderungsprofil“ für Rehabilitationseinrichtungen in § 107 Abs. 2 SGB V darauf ab, diese Bezeichnung und die für sie geltenden Regelungen nur qualitativ hochstehenden Einrichtungen vorzubehalten.

42 Ambulante Leistungen sind stationären grundsätzlich vorzuziehen, wenn die erforderliche Hilfe auch auf diese Weise mit der gleichen Wirksamkeit erbracht werden kann. Die Betroffenen sind auch während der ambulanten Rehabilitation finanziell und sozialversicherungsrechtlich abgesichert. Arbeitnehmer haben gegenüber dem Arbeitgeber regelmäßig einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn sie infolge einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation an ihrer Arbeit verhindert sind, und zwar unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird. Daran anschließen kann sich – je nach zuständigem Leistungsträger - ein Anspruch auf Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld; dies führt dann auch zur Sozialversicherungspflicht mit Beitragszahlung durch die Rehabilitationsträger.

43 Der Grundsatz „wenn möglich ambulant vor stationär“ gilt dagegen nach § 41 SGB V nicht für Rehabilitationsleistungen, die für Mütter in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbracht werden; diese sind für Mütter behinderter Kinder besonders bedeutsam.

44 Die stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben nach § 28 SGB IX, § 74 SGB V kommt vor allem Langzeitkranken und Rehabilitanden zugute, die trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten können. Dabei beginnt die wöchentliche Arbeitszeit - je nach Krankheitsbild und therapeutischer Notwendigkeit - mit zunächst wenigen Stunden und mündet dann allmählich in die betriebsübliche Arbeitszeit ein; diese Anpassungsphase kann bis zu einigen Monaten betragen. Die stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit ist nicht

darauf gerichtet, schon vor dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Arbeitskraft abzufordern, und darf schon gar nicht den Genesungsprozess stören, sondern hat sich ausschließlich an rehabilitativen Zielsetzungen zu orientieren.

45 Auch bei chronischen Erkrankungen ist es oft ausreichend und zweckmäßig, anstelle einer stationären Behandlung und Rehabilitation wohnortnah die notwendigen Leistungen durchzuführen. Vorteile dabei sind z. B., Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden und das soziale Umfeld einzubeziehen, sowie die gegenüber einer stationären Versorgung in der Regel geringeren Kosten. Die Möglichkeiten zur Rehabilitation sind jedoch im Rahmen der ambulanten Versorgung bei weitem noch nicht ausgeschöpft und müssen daher mit Nachdruck von der bisher vorherrschenden „Intervalltherapie“ zu einer kontinuierlichen Langzeitrehabilitation fortentwickelt werden. Der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zusammen mit den Trägergruppen erarbeitete „Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation“ trägt dazu bei, die notwendigen Kenntnisse über gegebene Rehabilitationsmöglichkeiten zu verbessern.

46 Immer wichtiger für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist die Arbeit von (z. T. ehrenamtlichen) Betreuungsdiensten, Organisationen behinderter Menschen und Selbsthilfegruppen, die mit den Rehabilitationsträgern eng zusammenarbeiten und - bspw. bei der Bewältigung chronisch-degenerativer Erkrankungen - wichtige Ergänzungen zum professionellen System der Gesundheitssicherung leisten (§ 20 Abs. 4 SGB V, § 29 SGB IX).

### **Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“**

47 Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen ist meist eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung notwendig. Durch intensive therapeutische Maßnahmen (auch Krankengymnastik, Bewegungs-, Sprach- und Beschäftigungstherapie) gelingt es häufig, alte Menschen vor chronischem Siechtum zu bewahren und so weit zu rehabilitieren, dass sie entweder wieder mit ihren Angehörigen oder bei weitgehender Selbständigkeit in einem Seniorenheim leben können oder sogar in den Stand versetzt werden, ihren eigenen Haushalt zu führen und damit ganz oder teilweise unabhängig von Fremdleistungen zu werden. Auch dabei gilt die Regel: ambulant geht vor stationär. Vorläufige Leis-

tungen zur medizinischen Rehabilitation, um einer (drohenden) Pflegebedürftigkeit entgegen zu wirken, sind von den Pflegekassen zu erbringen. Befindet sich ein Antragsteller für Leistungen zur Pflegeversicherung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung erforderlich ist, so ist diese spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen.

48 Zur Realisierung des Grundsatzes „Leistungen zur Teilhabe vor Pflege“, der in § 8 Abs. 3 SGB IX sowie in §§ 11, 23 SGB V und § 5 SGB XI gesetzlich verankert ist, wurde - neben einer stärker rehabilitationsorientierten Gestaltung der allgemeinen ambulanten und stationären medizinischen Versorgung und der stationären Altenhilfe - ein dreigliedriges System rehabilitativer Einrichtungen aufgebaut:

- geriatrische Ambulanzen der Krankenhäuser und Sozialstationen mit mobilen - insbesondere krankengymnastischen und ergotherapeutischen - Diensten, auch zur intensiven rehabilitativen Weiterbehandlung im Anschluss an einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung,
- für Patienten, für die eine ambulante rehabilitative Betreuung nicht ausreicht, andererseits eine stationäre Durchführung nicht oder nicht mehr erforderlich ist, Tageskliniken als teilstationäre Einrichtungen,
- für eine adäquate stationäre Versorgung von Alters- und Langzeitkranken Einrichtungen, die u. a. Hautpflege, Blasentraining, Krankengymnastik, Ergotherapie mit Selbsthilfetrainingsprogrammen, psychologische Betreuung und Sprachtherapie anbieten.

49 Die Bereitschaft der Ärzte, das Teilhabepotenzial bei alten Patienten weitgehend zu nutzen, setzt vor allem ein Wissen um das Vorhandensein eines solchen Potenzials voraus und die Überzeugung, dass auch ein alter Mensch Anspruch hat, ein menschenwürdiges Dasein so weitgehend wie möglich unabhängig von fremder Hilfe zu führen. Selbst wenn in schweren Fällen Pflegebedürftige nur wieder dazu befähigt werden können, selbständig zu essen und selbständig die Toilette zu benutzen, ist damit ein wichtiges Rehabilitationsziel erreicht.

## Rehabilitationssport und Versehrtenleibesübungen

50 Der Rehabilitationssport, der auf ärztliche Verordnung als ergänzende Leistung erbracht wird, wurde früher vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der verbesserten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des behinderten Menschen gesehen; heute dient er darüber hinaus als Beitrag zur sozialen und psychischen Stabilisierung sowie zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft insgesamt. Im Rahmen des Rehabilitationssports können behinderte Frauen und Mädchen auch an Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins teilnehmen (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). In einer Rahmenvereinbarung haben die Leistungsträger der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherung sowie der sozialen Entschädigung zusammen mit dem Deutschen Behindertensportverband, der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen, der Deutschen Rheumaliga und unter Beteiligung der Interessenvertretung behinderter Frauen „Weibernetz“ und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtlinien über die Durchführung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings aufgestellt.

51 Nach dem Bundesversorgungsgesetz haben Beschädigte Anspruch auf Teilnahme an Versehrtenleibesübungen zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit; entsprechendes gilt für diejenigen, die nach Gesetzen versorgt werden, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären. Versehrtenleibesübungen werden - wie der Rehabilitationssport - in Übungsgruppen unter ärztlicher Betreuung und fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßiger örtlicher Übungsveranstaltungen geeigneter Sportgemeinschaften durchgeführt. Rehabilitationssport gehört auch zu den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Rahmen der Sozialhilfe.

## Bildung für behinderte Menschen

52 Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen hat Bildung eine besondere Bedeutung; einerseits gibt sie ihnen - wie nichtbehinderten Menschen - die Möglichkeit zur Entwicklung einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit, andererseits sind die Berufs- und Lebenschancen behinderter Menschen von der Qualität der Ausbildung in noch höherem Maße abhängig als die nichtbehinderter Menschen.

53 Es ist vorrangig Aufgabe des Bildungswesens, die Lern- und Bildungsfähigkeit des einzelnen Menschen unter Berücksichtigung seiner speziellen Behinderung so gut wie möglich zu fördern, soweit nötig mit behinderungsspezifischen Hilfen. Außerdem müssen die Betroffenen lernen, in einer durchweg nicht auf ihre Behinderung zugeschnittenen Welt zurechtzukommen, ihre Behinderung zu akzeptieren und mit ihr zu leben. Über die Vermittlung von Bildungsqualifikationen hinaus hat damit das Bildungswesen lebenspraktische individuelle und sozial-integrative Hilfen zu geben, und zwar sowohl in der vorschulischen Erziehung, im Schulwesen, in der beruflichen Bildung und im Hochschulbereich als auch in der Weiterbildung. Um der Gefahr unnötiger Schonräume und isolierender Sonderbedingungen entgegenzuwirken, gilt das Prinzip „so viel besondere Förderung wie nötig, so viel gemeinsames Lernen mit nicht behinderten Menschen wie möglich“.

54 Kindergärten bieten für die gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder eine günstige Ausgangslage, da dort flexible Formen der individuellen Förderung praktiziert und soziales Miteinander eingeübt werden können, während - anders als in der Schule - das Problem der Leistungsnormierung keine Rolle spielt. Mit dem Ziel gemeinsamer Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung im Vorschulalter haben sich als Organisationsformen entwickelt:

- Einzelintegration behinderter Kinder in Nachbarschaftskindergärten,
- integrative Gruppen in Regelkindergärten (neben Regelgruppen),
- integrative Gruppen in Sonderkindergärten (neben Sondergruppen),
- integrative Kindergärten mit durchgängigem Prinzip gemeinsamer Erziehung in allen Gruppen,
- Sonder- und Regelkindergarten als getrennte Organisationsformen, auch mit getrennter Trägerschaft „unter einem Dach“ (additive Form).

55 Die schulische Bildung ist in den Schul- und Sonderschulgesetzen der Bundesländer, dazu ergangenen Durchführungsverordnungen sowie Erlassen (in Einzelheiten unterschiedlich) geregelt. Danach sollen auch behinderte Kinder und Jugendliche schulisch möglichst so gefördert werden, dass sie



die Bildungsziele der allgemeinen Schulen erreichen können. Darüber hinaus wird angestrebt, möglichst viele behinderte Kinder und Jugendliche in allgemeinen Schulen zu fördern und dort, falls erforderlich, zusätzliche sonderpädagogische Hilfen und sonstige angemessene Betreuung zur Verfügung zu stellen. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht allerdings nicht.

56 Sofern behinderte Kinder und Jugendliche in anderen Schulformen nicht oder nicht hinreichend gefördert werden können, sind sie in Sonderschulen zu den schulischen Zielen zu führen, die für sie erreichbar sind; auch dort wird, soweit die Fähigkeiten des behinderten Kindes ausreichen, die Vermittlung von allgemeinen Abschlüssen angestrebt.

57 In Deutschland gibt es ein differenziertes und gut ausgebautes Sonderschulwesen. Es gibt Sonderschulen mit den Förderschwerpunkten:

- Lernen,
- Sehen,
- Hören,
- Sprache,
- Körperliche und motorische Entwicklung,
- Geistige Entwicklung,
- Emotionale und soziale Entwicklung und
- Kranke.

Insgesamt wurden im Schuljahr 2003 an Sonderschulen 492.700 Schülerinnen und Schüler mit einem sonderpädagogischem Förderbedarf unterrichtet. Den größten Verbreitungsgrad haben die Sonderschulen mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“, die 2003 von 234.100 Schülerinnen und Schülern besucht wurden. Für den Unterricht in den einzelnen Sonderschultypen hat die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder im Laufe der Jahre eine Reihe von Empfehlungen erarbeitet.

58 Die Sonderschulen sind gesetzlich verpflichtet, bis zum Ende eines jeden Schuljahres zu überprüfen, ob der Besuch der Sonderschule in Zukunft noch erforderlich ist. Sie sollen in enger Zusammenarbeit mit anderen Schulen nach Möglichkeit auf eine Teilhabe ihrer Schüler am Unterricht nicht behinderter Schüler hinwirken oder nach anderen Formen der Kooperation mit Regeleinrichtungen suchen.

59 Auch im Schulbereich wird ein Ausbau der integrativen Förderung angestrebt, um die Betreuung

behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher in Gemeinschaft mit nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen über den Kindergarten hinaus fortsetzen zu können. Viele behinderte Kinder können sehr gut in allgemeinen Schulen gefördert werden, wenn sie dort zusätzliche sonderpädagogische Hilfe durch ausgebildete Fachkräfte erhalten, eine angemessene zusätzliche Betreuung sowie eine behinderungsgerechte Ausstattung gewährleistet sind und eine bestimmte Anzahl behinderter Schüler je Klasse nicht überschritten wird; in vielen Bundesländern wurden bereits entsprechende Modelle erfolgreich erprobt.

60 Die landesrechtlichen Regelungen enthalten Bestimmungen über die - häufig verlängerte - Dauer der Schulpflicht bei den einzelnen Behinderungsarten, über besondere Formen des schulisch durchgeführten ersten Jahres der Berufsausbildung (Berufsbildungsjahr in Sonderformen) sowie über Erfüllung der Berufsschulpflicht. So wird die Berufsschulpflicht von geistig behinderten Jugendlichen in der Werkstufe der Sonderschule erfüllt; diese Stufe bereitet auf den - sich in der Regel anschließenden - Übergang in die Werkstatt für behinderte Menschen vor. Allgemein haben die Sonderschulen die Aufgabe, in den Abschlussklassen besonders auf die Berufswahl vorzubereiten; hierbei arbeiten sie eng mit den Berufsberatern der Agenturen für Arbeit zusammen.

61 Soweit die zum Besuch der allgemeinen Schule erforderliche, behinderungsspezifische Hilfe nicht von der Schule bereitgestellt werden kann, tritt die Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen der Eltern ein (§ 54 Abs. 1 Nr. 1, § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII).

62 Die von der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu leistende Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung und zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf reicht über die Hilfe zum Besuch einer weiterführenden Schule bis zur Ausbildung an einer Hochschule (§ 54 SGB XII, §§ 12, 13 der Eingliederungshilfe-Verordnung). Die Sozialhilfe übernimmt auch zusätzliche therapeutische Leistungen während der Schulbildung, sofern sie nicht von vorrangig verpflichteten Trägern, z. B. den Krankenkassen, getragen werden, sowie für behinderte junge Menschen, die auch in der Sonderschule nicht gefördert werden können, die Ausbildung in lebenspraktischen Fertigkeiten und zur Bewältigung des Alltags.



63 Eine besondere Förderung behinderter Menschen ist oft auch im Hochschulbereich erforderlich. § 2 Abs. 5 des Hochschulrahmengesetzes macht es den Hochschulen zur Pflicht, die besonderen Bedürfnisse behinderter Studenten zu berücksichtigen. Zur Verbesserung der Studienmöglichkeiten wurde vom Deutschen Studentenwerk eine zentrale Beratungsstelle für behinderte Studienbewerber und Studenten aufgebaut, die Studienmöglichkeiten für behinderte Menschen bundesweit dokumentiert und darüber Information und Beratung gibt.

64 Hinzuweisen ist noch darauf, dass ein Fernstudium ein erhöhtes Maß an Selbstbestimmung im Hinblick auf Lernort, Lernziel und Lerngeschwindigkeit und damit besonders für behinderte Studenten erhebliche Vorteile bietet. Andererseits kann ein Fernstudium selbstverständlich nicht in gleicher Weise zur Persönlichkeitsbildung und zur sozialen Integration behinderter Menschen beitragen wie ein Studium unter den üblichen Bedingungen.

65 Behinderte und nicht behinderte Studenten haben in gleicher Weise Zugang zur Studienförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Zum Ausgleich behinderungsbedingter Probleme enthält das Gesetz bestimmte Sonderregelungen. So erhalten behinderte Studierende für den Zeitraum, um den sich das Studium behinderungsbedingt verlängert, über die Förderungshöchstdauer hinaus Förderungsleistungen. Die wegen einer Behinderung über die Förderungshöchstdauer hinaus geleistete Ausbildungsförderung wird in voller Höhe als Zuschuss und nicht - wie normalerweise - zur Hälfte als Darlehen geleistet. Bei der Anrechnung des Einkommens der Eltern oder des Ehegatten auf den Bedarf können auf Antrag Aufwendungen für behinderte Personen über die pauschal festgesetzten Freibeträge hinaus berücksichtigt werden, um unbillige Härten zu vermeiden.

66 Bildungsbedarf besteht in der Regel für behinderte wie für nicht behinderte Menschen ein Leben lang. Um behinderte Menschen in die Weiterbildung einzubeziehen, werden Konzepte zur Verbesserung der spezifischen Fortbildung für Dozenten in der Weiterbildung entwickelt und erprobt sowie die Modellentwicklung geeigneter Weiterbildungsangebote gefördert.

### **Berufsberatung**

67 Für behinderte Menschen ist wichtig, dass sie Zugang zum Arbeitsleben möglichst nach den gleichen Grundsätzen und Kriterien sowie an den gleichen

Lernorten haben wie nicht behinderte Menschen. Grundsätzlich stehen behinderten Menschen alle beruflichen Wege und Möglichkeiten offen, die auch von nicht behinderten Menschen gewählt werden können. In der Berufsausbildung und -ausübung behinderter Menschen hat der Grundsatz der Integration daher seit jeher einen besonders hohen Stellenwert.

68 Der Wechsel von der Schule auf einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz ist Weichenstellung für die weitere Teilhabe und damit für behinderte Jugendliche ein besonders wichtiger Schritt. Die Berufswahl bedarf einer gründlichen und möglichst frühzeitigen Vorbereitung; Schule, Berufsberatung, Eltern und die Betroffenen selbst müssen dabei eng zusammenarbeiten. Vorbereitende Maßnahmen beginnen bereits in den letzten Klassen der Schule (allgemeine Schule oder Sonderschule für die verschiedenen Behinderungsarten), indem spezielle Unterrichtsfächer (z. B. „Arbeitslehre“, „Technik/Werken“, „Wirtschaftskunde“) Grundkenntnisse von der Arbeits- und Berufswelt vermitteln. Die Einzelheiten sind in den hierfür zuständigen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die Schulen nutzen das umfangreiche Schriftenmaterial, das von der Bundesagentur für Arbeit zur Verfügung gestellt wird.

69 Die Verpflichtung der Bundesagentur für Arbeit, bei der Berufsberatung u. a. mit den Schulen zusammenzuarbeiten, ist gesetzlich festgelegt (§§ 29 ff SGB III). Einzelheiten regeln die „Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit von Schule und Berufsberatung“ der Kultusministerkonferenz und der Bundesagentur für Arbeit vom 15.10.2004 sowie entsprechende Festlegungen in den einzelnen Ländern. Auf Bundes- und auf Landesebene finden regelmäßig Kontakte zwischen den Kultusbehörden und der Bundesagentur für Arbeit statt.

70 Die Bundesagentur für Arbeit hat eine qualifizierte Berufsberatung nach den Grundsätzen der §§ 29 ff SGB III anzubieten. Im Einzelnen obliegen den bei allen Agenturen für Arbeit gemäß § 104 Abs. 4 SGB IX eingerichteten besonderen Berufsberatungsstellen für behinderte Menschen

- Erteilung von Rat und Auskunft in Fragen der Berufswahl einschließlich des Berufswechsels,
- Berufsaufklärung (Berufsorientierung),
- Unterrichtung über Förderung der beruflichen Bildung im Einzelfall sowie
- Vermittlung in berufliche Ausbildungsstellen.

Daneben informiert die Berufsberatung auch über finanzielle Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben.

71 Die Inanspruchnahme der Berufsberatung bei den Agenturen für Arbeit ist freiwillig und kostenlos. Die Berufsberater für behinderte Menschen ziehen, falls erforderlich, zur Beurteilung von Eignung und Neigung der Jugendlichen und zur Prognose der möglichen beruflichen Förderung die ärztlichen und psychologischen Fachdienste der Agenturen für Arbeit hinzu. Für blinde Jugendliche hält die Bundesagentur für Arbeit ein besonderes Berufswahl-Informationspaket bereit. Berufsberatung und Vermittlung in Ausbildungsstellen kann auch von Dritten wahrgenommen werden, wenn dies im Interesse der Betroffenen liegt.

72 Wachsende Diskrepanz zwischen den persönlichen Voraussetzungen der Bewerber und den an sie gestellten beruflichen Anforderungen lässt die Probleme des Berufseintritts vielschichtiger und die Berufswahl schwieriger werden. Behinderungsbedingte Einschränkungen der Ausbildungs- und Berufsmöglichkeiten erfordern eine besonders systematische und zielgerichtete Berufswahlvorbereitung. Vor allem für lernbehinderte Jugendliche hat sich die in manchen Regionen bereits durchgehend eingeführte Praxis bewährt, dass (Sonder-)Schule und Berufsberatung ihre Einschätzung über die Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben und die hierzu nötigen Bildungsmaßnahmen in einem gemeinsamen Gutachten festhalten; dies gibt nicht nur den Betroffenen und ihren Familien Klarheit, sondern dokumentiert zugleich den regionalen Bedarf an Förderung.

73 In Zweifelsfällen hat es sich als sinnvoll erwiesen, Eignung und Neigung behinderter junger Menschen für einen bestimmten Berufsbereich vor einer endgültigen Entscheidung über Art und Umfang einer Bildungsmaßnahme nochmals zu überprüfen. In vielen Fällen ist auch erforderlich, behinderte Menschen durch eine gezielte Vorförderung auf die geplante Bildungsmaßnahme vorzubereiten. Im Einzelfall kommen neben den Bildungsmaßnahmen im engeren Sinn in Betracht:

- Leistungen der Berufsfindung und Arbeiterprobung,
- berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen zur Vorbereitung auf eine berufliche Ausbildung oder eine Arbeitnehmertätigkeit,

- blindentechnische und vergleichbare spezielle Grundausbildungen sowie
- Vorbereitungsmaßnahmen, an die sich eine berufliche Weiterbildung anschließt.

## Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

74 Berufliche Bildung kann eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben nicht garantieren; sie ist dennoch unverzichtbar, da behinderte Menschen nur bei möglichst guter beruflicher Qualifizierung den Wettbewerb mit nicht behinderten Menschen im Arbeitsleben bestehen können. Vorrangige Aufgabe im Zusammenwirken von Bildungs- und Sozialpolitik ist es daher auch und gerade bei Problemen auf dem Arbeitsmarkt, durch umfassende Bildungsangebote für behinderte Menschen möglichst weitgehende Chancengleichheit mit nicht behinderten Menschen im Wettbewerb um einen dauerhaften Arbeitsplatz herzustellen.

75 Nach § 33 SGB IX sollen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben alle Leistungen umfassen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der behinderten Menschen sowie die Lage und die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen zu berücksichtigen. Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert.

76 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind neben den unter Rdnr. 67-73 genannten Leistungen insbesondere

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen;
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung;
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen;

- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden;
- Überbrückungsgeld entsprechend § 57 SGB III durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5;
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Auf die zur Teilhabe am Arbeitsleben im Einzelfall erforderlichen Leistungen besteht teilweise ein Rechtsanspruch; teilweise sind die Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen zu erbringen.

77 In zahlreichen Fällen genügen Leistungen wie z. B. arbeitsplatzbezogene technische Arbeitshilfen, Hilfen zur behinderungsgerechten Ausstattung oder zum Erwerb eines Kraftfahrzeugs - Einzelheiten legt die Kraftfahrzeughilfe-Verordnung fest -, Ausbildungszuschüsse und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen; den Kernbereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bilden jedoch berufliche Bildungsmaßnahmen.

78 Vorrangiges Ziel der Berufsausbildung für behinderte Menschen ist die Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach § 65 des Berufsbildungsgesetzes oder § 421 der Handwerksordnung. Sie soll möglichst in einem Betrieb oder einer Verwaltung zusammen mit nicht behinderten Menschen erfolgen; begleitend wird nach den Schulgesetzen der Länder die Berufsschule besucht (duale Ausbildung). Die betriebliche Ausbildung wird in zahlreichen Fällen durch Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber ermöglicht.

79 Soweit nötig, werden bei der Ausbildung für einen anerkannten Ausbildungsberuf die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt; die entsprechende Möglichkeit ist in § 65 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz und § 421 Abs. 1 Handwerksordnung vorgesehen. Empfehlungen des Hauptausschusses beim Bundesinstitut für Berufsbildung enthalten Hinweise, wie die besonderen Belange behinderter Menschen bei Zwischen-, Abschluss- und Gesellenprüfungen berücksichtigt werden können. So kann bspw. auf einzelne Ausbildungsabschnitte verzichtet

werden, wenn diese für die spätere Berufstätigkeit von nachrangiger Bedeutung sind. Wenn aufgrund der Behinderung die Prüfungsanforderungen qualitativ verändert werden müssen, wird dies im Zeugnis vermerkt.

80 Für Jugendliche, für die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung eine Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen nicht in Betracht kommt (trotz zusätzlicher Förderung und der Möglichkeit, von den Ausbildungsordnungen abzuweichen), verpflichten § 66 Berufsbildungsgesetz und § 42m Handwerksordnung die zuständigen regionalen Stellen, Ausbildungsregelungen außerhalb anerkannter Ausbildungsberufe zu schaffen, die die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigen. Die Sonderausbildungsgänge sollen zu einer Abschlussqualifikation führen, die eine auf dem Arbeitsmarkt verwertbare eigenständige Berufstätigkeit ermöglicht und die Durchlässigkeit zu anerkannten Ausbildungsberufen gewährleistet. Ein großer Teil der Sonderausbildungen entfällt auf Metallberufe, danach folgen Berufe der Hauswirtschaft sowie Bau- und Baunebenberufe.

81 Die genannten Grundsätze zur beruflichen Ausbildung behinderter Menschen gelten auch bei der behinderungsbedingt gebotenen beruflichen Weiterbildung Erwachsener; allerdings können Erwachsene auch in andere Berufe als die anerkannten Ausbildungsberufe umgeschult werden. § 37 SGB IX regelt zur Dauer von Leistungen zur beruflichen Weiterbildung, dass diese in der Regel nicht länger als zwei Jahre betragen soll.

82 Soweit die Voraussetzungen dafür gegeben sind, sollen behinderte wie nichtbehinderte Menschen in Betrieben und Verwaltungen ausgebildet werden; entsprechendes gilt für Weiterbildung behinderter oder von Behinderung bedrohter Erwachsener. Derartige Ausbildungen bieten nach vorliegenden Erfahrungen besonders gute Chancen einer dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben, da sich die Auszubildenden dort schon während ihrer Ausbildung an die Situation und die üblichen Anforderungen des beruflichen Alltags gewöhnen können und meist unmittelbar in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen werden. Wenn Betrieb und Berufsschule bereit und in der Lage sind, die Ausbildung unter angemessener Berücksichtigung der Behinderung durchzuführen, wird deshalb auch für behinderte Menschen vorrangig eine solche Ausbildung angestrebt.

Ende Dezember 2005 befanden sich 130.563 von der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geförderte behinderte Menschen in einer berufsvorbereitenden oder berufsfördernden Bildungsmaßnahme. Davon absolvierten 59.378 eine Berufsausbildung, 22.907 eine berufliche Weiterbildung, 20.827 nahmen an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und 23.758 an Leistungen in Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen teil.

83 Wenn bei betrieblich durchgeführten Bildungsmaßnahmen wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts erforderlich ist, werden Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernommen (§ 33 Abs. 7 Nr. 1 SGB IX).

84 Sofern es Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges der Teilhabe erfordern, werden die beruflichen Bildungsmaßnahmen in besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation durchgeführt (§ 35 SGB IX). Diese Einrichtungen zur Erstausbildung behinderter junger Menschen (50 Berufsbildungswerke mit rd. 13.000 Plätzen) sowie zur Weiterbildung behinderter Erwachsener (28 Berufsförderungswerke mit rd. 15.000 Plätzen) sind mit den notwendigen (medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen) Fachdiensten ausgestattet. Bei diesen außerbetrieblichen Maßnahmen übernimmt der zuständige Rehabilitationsträger die vollen Kosten der Leistung einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Die Bildungsangebote sollen unter Berücksichtigung der Neigungen und Fähigkeiten der Rehabilitanden auf die sich fortentwickelnden Anforderungen des Arbeitsmarktes abstellen und sich der technologischen Entwicklung anpassen. Dass die Arbeit der Berufsförderungs- und der Berufsbildungswerke erfolgreich ist, zeigen z. B. die guten Vermittlungsergebnisse der Absolventen dieser Einrichtungen: sie liegen bei Nachbefragungen der Absolventen ein Jahr nach Beendigung der Leistungen bei rd. 70% (mit starker Streuung zwischen Regionen und Berufen). Die Erfolge bei der Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Teilnehmer der Leistungen kontinuierlich an moderne Technologien wie z. B. numerisch gesteuerte Maschinen, computergesteuerte Zeichenanlagen und moderne Geräte der Datenverarbeitung und der Mikroelektronik herangeführt werden und hierdurch bessere Chancen als andere für die Arbeit

auf modernen, zukunftsträchtigen Arbeitsplätzen haben. Für die Zukunft sind allerdings zunehmende Vermittlungsschwierigkeiten zu erwarten, die bei den Absolventen der Rehabilitationseinrichtungen verstärkte Nachbetreuung erforderlich machen.

85 Neben den Berufsförderungs- und den Berufsbildungswerken kommt den Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (23 mit 1.410 Plätzen) besondere Bedeutung zu, in denen bei bestimmten (z. B. neurologischen) Erkrankungen schon während und in Verbindung mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erste Schritte beruflicher Förderung (z. B. Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung, Leistungen zur Weiterbildung) eingeleitet werden. Diese Einrichtungen bilden die Brücke zwischen den rein medizinisch orientierten Einrichtungen der Akutbehandlung und Erstversorgung einerseits und den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation andererseits, die der Ausbildung und Weiterbildung dienen.

86 Während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt der zuständige Rehabilitationsträger in der Regel, d. h. wenn die je nach Träger unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, Geldleistungen (Ausbildungsgeld bei Erstausbildung, Übergangsgeld zur Sicherung des Lebensunterhalts) und trägt die Beiträge zur Sozialversicherung (§ 44 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX). Das Übergangsgeld beträgt in der Regel 68% des Regelentgelts (80% des letzten Arbeitsentgelts, jedoch höchstens das letzte Nettoentgelt) und erhöht sich auf 75%, wenn Leistungsempfänger mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Abs. 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes haben oder deren Ehegatten, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft leben, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können, weil sie die Leistungsempfänger pflegen oder selbst der Pflege bedürfen und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben. Hinzu können weitere unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen kommen wie

- Rehabilitationssport oder Funktionstraining aufgrund ärztlicher Verordnung (§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX),
- Reisekosten (§ 53 SGB IX),
- Haushalts- oder Betriebshilfe (§ 54 Abs. 1, 2 und 4 SGB IX) sowie
- Kinderbetreuungskosten (§ 54 Abs. 3 SGB IX).

87 In aller Regel kommt für das Studium behinderter Menschen an einer Fachhochschule, Hochschule oder ähnlichen Ausbildungsstätte nur eine Förderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz in Betracht; in vielen Fällen muss aber zusätzlich die Sozialhilfe eintreten, für die auch eine derartige Ausbildung als Berufsbildung behinderter Menschen gilt (§ 13 Eingliederungshilfe-Verordnung).

88 Um – z. B. im Anschluss an eine erfolgreich beendete berufliche Bildungsmaßnahme – die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, sind häufig weitere Hilfen erforderlich. Zur Erleichterung der Arbeitsaufnahme kommen nach § 33 SGB IX Leistungen an behinderte Menschen selbst oder ihre Arbeitgeber in Frage. Zu den Leistungen an die Betroffenen zählen

- die Übernahme von Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät,
- Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
- der Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber,
- die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
- Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind, und
- Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

89 Unter den Rehabilitationsträgern, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, ist in erster Linie die Bundesagentur für Arbeit zu nennen, die

entsprechende Leistungen sowohl nach dem SGB III als auch nach dem am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen SGB II (hier als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften) erbringt. Weitere Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die 69 zugelassenen kommunalen Stellen (Optionskommunen), die ebenfalls nach dem SGB II Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige erbringen. Die Unfallversicherung und die Träger des sozialen Entschädigungsrechts betreuen aufgrund ihrer Aufgabenstellung einen fest umgrenzten Personenkreis. Die Rentenversicherung erbringt nach ihrem Ermessen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere dann, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten nach 15 Beitragsjahren wegen einer drohenden Behinderung erheblich gefährdet ist, wenn Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gezahlt wird oder ohne die Leistungen zu zahlen wäre oder wenn solche Leistungen im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung zu erbringen sind.

90 Wegen der durchweg umfassenden Leistungen anderer Träger zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen berufsfördernde Leistungen der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nur in Einzelfällen zum Zuge. Deren Leistungen haben jedoch große Bedeutung für den Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (siehe dazu Rdnr. 108-112). Als Hilfe zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Tätigkeit wird im Rahmen der Eingliederungshilfe auch Hilfe zu einer Tätigkeit in der Wohnung geleistet; im Übrigen gelten für die Heimarbeit behinderter Menschen die allgemeinen Vorschriften im Heimarbeitsgesetz.

91 Für den gesamten Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die Bundesagentur für Arbeit über ihre Funktion als Rehabilitationsträger hinaus als besondere Aufgabe, dass sie auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung nimmt (§ 38 SGB IX).

### **Besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

92 Zur Verbesserung der Chancen schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben dienen neben den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben, die selbstverständlich auch schwerbehinderte Menschen in An-



spruch nehmen können, die besonderen Hilfen nach Teil 2 des SGB IX. Um den von diesen Regelungen erfassten behinderten Menschen eine Beschäftigung zu sichern und gleichzeitig die individuellen Voraussetzungen zu verbessern, sind insbesondere vorgesehen

- die Pflicht öffentlicher und privater Arbeitgeber, 5 vom Hundert der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen, und eine Ausgleichsabgabe für nicht besetzte Pflichtplätze (§§ 71 ff SGB IX),
- ein Benachteiligungsverbot und andere besondere Pflichten von Arbeitgebern gegenüber schwerbehinderten Beschäftigten (§§ 81 ff SGB IX),
- ein besonderer Kündigungsschutz für schwerbehinderte Beschäftigte nach Ablauf von sechs Monaten (§§ 85 ff SGB IX),
- die Vertretung der Interessen der schwerbehinderten Beschäftigten im Betrieb durch eine Schwerbehindertenvertretung (§§ 93 ff SGB IX) sowie
- zusätzliche Leistungen der Bundesagentur für Arbeit und der Integrationsämter für schwerbehinderte Menschen zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 101 ff SGB IX).

93 Die Feststellung, wer als schwerbehinderter Mensch anzusehen ist, nimmt das Versorgungsamt auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit“ vor. Ausgedrückt wird die Schwere der Einschränkung als „Grad der Behinderung“, und zwar in Zehnergraden von 10 bis 100. Dass diese Feststellung generell und nicht bezogen auf einen konkreten Arbeitsplatz vorgenommen wird, bewirkt den Schutz von schwerbehinderten Menschen auch und gerade auf Arbeitsplätzen, bei denen sich ihre Behinderung (möglichst) wenig auswirkt. Schwerbehinderte Menschen erhalten auf Antrag einen Ausweis, der den festgestellten Grad der Behinderung belegt und die Wahrnehmung von Rechten und Nachteilsausgleichen erleichtert. Wenn behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30 infolge ihrer Behinderung keinen geeigneten Arbeitsplatz erhalten oder behalten können, werden sie von der Agentur für Arbeit auf Antrag schwerbehinderten Menschen gleichgestellt.

94 § 81 Abs. 1 des SGB IX verpflichtet alle Arbeitgeber, bei der Besetzung freier Stellen zu prüfen, ob sie schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Menschen darauf beschäftigen können. Außerdem schreibt das Gesetz vor, dass die Arbeit der Behinderung angepasst wird durch

- Ausstattung der Arbeitsplätze mit den notwendigen technischen Arbeitshilfen,
- Gestaltung und Unterhaltung von Arbeitsräumen, Einrichtungen, Maschinen und Geräten mit dem Ziel, dass eine möglichst große Zahl von schwerbehinderten Menschen beschäftigt werden kann,
- Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen so, dass sie ihre Kenntnisse und Fertigkeiten voll verwerten können, und
- Förderung beruflichen Fortkommens und Erleichterung der Teilnahme an ständiger beruflicher Weiterbildung.

Auch die besonderen Vorschriften und Grundsätze für die Besetzung der Beamten- und Richterstellen sind so zu gestalten, dass die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen gefördert und ein angemessener Anteil schwerbehinderter Menschen unter den Beamten und Richtern erreicht wird.

95 Von besonderer Bedeutung für die Sicherung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen an Arbeits- oder Ausbildungsstellen ist die Beschäftigungspflicht. Arbeitgeber, die über mindestens 20 Arbeitsplätze verfügen, haben wenigstens 5% davon mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Diese Verpflichtung gilt nicht nur für private, sondern auch für öffentliche Arbeitgeber. Bei der Anrechnung auf Pflichtplätze kann die Agentur für Arbeit einen schwerbehinderten Menschen auf mehr als einen - höchstens drei - Pflichtplätze anrechnen, wenn seine Teilhabe am Arbeitsleben besonders schwierig ist.

96 Die Erfüllung der Beschäftigungspflicht ist nicht immer einfach, wenn für einen vorhandenen Arbeitsplatz kein geeigneter schwerbehinderter Mensch zur Verfügung steht. Mit gutem Willen und unter Ausschöpfung der möglichen Hilfen lassen sich gleichwohl oft Lösungen finden. Dennoch verweigern sich immer noch viele beschäftigungspflichtige Arbeitgeber und entrichten stattdessen die Ausgleichsabgabe.

97 Von den rd. 132.100 Arbeitgebern, die 2003 beschäftigungspflichtig waren, hatten 26.060 (19,73%) ihre Beschäftigungspflicht erfüllt oder übererfüllt,



66.270 Arbeitgeber (50,16%) hatten ihre Beschäftigungspflicht nicht in vollem Umfang erfüllt, und 39.770 Arbeitgeber (30,11%) hatten keinen schwerbehinderten Menschen beschäftigt. Die Beschäftigungsquote im Bundesgebiet betrug 2003 4,0%. Im Dezember 2005 betrug die spezifische Arbeitslosenquote schwerbehinderter Menschen 17,9% (zum Vergleich: die allgemeine Arbeitslosenquote lag bei 12,4%).

98 Die Ausgleichsabgabe, die monatlich von den Arbeitgebern für jeden nicht besetzten Pflichtplatz zu zahlen ist, beträgt

- 105 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von 3% bis weniger als 5%,
- 180 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von 2% bis weniger als 3%,
- 260 Euro bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote von weniger als 2%

Mittel der Ausgleichsabgabe dürfen nur für Zwecke der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben verwandt werden; Einzelheiten regelt die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung.

99 Das Aufkommen aus der Ausgleichsabgabe - 2004 rd. 526 Mio. Euro - wird mit Vorrang für die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen verwendet und fließt so zum großen Teil den Arbeitgebern wieder zu. Seit 2005 erhalten die Länder einen Anteil von 70% (vorher 55%). Ein Anteil von 30% (vorher 45%) steht dem beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingerichteten Ausgleichsfonds für überregionale Leistungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zu. Der Ausgleichsfonds weist der Bundesagentur für Arbeit die zur besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen erforderlichen Mittel zu. Darüber hinaus fördert er überregionale Vorhaben zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.

100 Bei der besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geht es um Gruppen schwerbehinderter Menschen, die infolge ihrer Behinderung, wegen fortgeschrittenen Alters oder aus anderen Gründen besondere Schwierigkeiten auf dem Arbeits- oder Ausbildungsstellenmarkt haben. Dazu zählen insbesondere schwerbehinderte Menschen,

- die zur Ausübung der Beschäftigung einer besonderen Hilfskraft oder sonstiger außergewöhnlicher Aufwendungen bedürfen,
- deren Beschäftigung infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend mit außergewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist,
- die infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend offensichtlich nur eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung erbringen können,
- bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 allein infolge geistiger oder seelischer Behinderung oder eines Anfallsleidens vorliegt,
- die wegen Art oder Schwere der Behinderung keine abgeschlossene Berufsbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes haben oder
- die 50 Jahre und älter sind (§ 72 Abs. 2 SGB IX).

Für die Einstellung dieser schwerbehinderten Menschen können Arbeitgeber, die die Beschäftigungspflicht erfüllen oder nicht beschäftigungspflichtig sind, von der Bundesagentur für Arbeit nach § 219 SGB III Lohnkostenzuschüsse bis zu 70% des Arbeitslohns bis zu 3 Jahren, bei älteren schwerbehinderten Menschen bis zu 8 Jahren erhalten.

101 Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben führen die Integrationsämter oder - in ihrem Auftrag - örtliche Fürsorgestellen in enger Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit durch. Sie soll dahin wirken, dass schwerbehinderte Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten.

102 Außer den finanziellen Leistungen der Integrationsämter insbesondere zur Einrichtung behinderungsgerechter Ausbildungs- und Arbeitsplätze und zum Ausgleich außergewöhnlicher betrieblicher Belastungen durch die Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen sind auch ihre sonstigen Hilfen wichtig, insbesondere die Beratungen schwerbehinderter Menschen, überwiegend am Arbeitsplatz, und die Betriebsbesuche. An der psychosozialen Betreuung als Teil der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben können die Integrationsämter auch

freie Träger beteiligen; sie ist von Bedeutung nicht nur für psychisch behinderte Menschen, sondern für alle schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Menschen, bei denen eine solche Betreuung nach den Umständen des Einzelfalles nötig ist.

*103* Auf der Grundlage von Erfahrungen und Erkenntnissen, die im Rahmen von Modellprojekten gesammelt wurden, und unter Einbeziehung anderer vorhandener Dienste wurde flächendeckend ein ortsnahes Angebot von Integrationsfachdiensten aufgebaut. Diese Dienste sollen die Agenturen für Arbeit, die übrigen Rehabilitationsträger und die Integrationsämter bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere bei der Beratung schwerbehinderter Menschen im Vorfeld der Arbeitsaufnahme, bei der Arbeitsplatzsuche, im Bewerbungsverfahren, nach der Arbeitsaufnahme sowie bei der seelischen und sozialen Festigung unterstützen; außerdem können sie den Betrieben und Verwaltungen mit Information, Beratung und Hilfestellung zur Seite stehen. Die Fachdienste sollen außer für arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte schwerbehinderte Menschen auch beim Übergang schwerbehinderter Menschen aus Werkstätten für behinderte Menschen und den allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden, desgleichen beim Übergang aus der Schulen in ein Beschäftigungsverhältnis unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts, wenn anderenfalls nur eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen in Betracht kommt.

*104* Ein weiteres wichtiges Instrument zur Sicherung und Erhaltung des Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen ist der besondere Kündigungsschutz; er setzt sechs Monate nach Beschäftigungsbeginn ein. Die Pflicht des Arbeitgebers, vor einer Kündigung die Zustimmung des Integrationsamtes einzuholen, zielt insbesondere auf die Prüfung aller Hilfen, die den Fortbestand der Beschäftigung sichern, und auf die Abwägung der beiderseitigen Interessen; führen diese Schritte zu dem Ergebnis, dass eine Weiterbeschäftigung des schwerbehinderten Menschen nach den Umständen des Einzelfalles unzumutbar ist, wird die Zustimmung zur Kündigung erteilt. Dies ist in der Mehrzahl der eingeleiteten Kündigungsschutzverfahren der Fall; dieser Kündigungsschutz ist daher kein Einstellhemmnis, für das viele Arbeitgeber ihn trotz verstärkter Aufklärung nach wie vor halten.

*105* In Betrieben und Verwaltungen werden die besonderen Interessen schwerbehinderter Menschen

von den Betriebs- und Personalräten gewahrt. Werden ständig mehr als fünf schwerbehinderte Menschen beschäftigt, ist zusätzlich noch eine Vertrauensperson als Schwerbehindertenvertretung zu wählen. Sie hat vor allem die Einhaltung aller zugunsten behinderter Menschen geltenden Vorschriften zu überwachen und diesen Menschen mit Rat und Hilfe zur Seite zu stehen. Die Schwerbehindertenvertretungen können aufgrund ihrer Fachkenntnisse und ihrer Erfahrungen über die Abläufe in Betrieben und Verwaltungen einen wertvollen Beitrag zu einer verstärkten Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben leisten.

- Bei der Prüfung, ob freie Arbeits- oder Ausbildungsplätze mit schwerbehinderten Menschen, insbesondere bei der Agentur für Arbeit arbeitslos oder arbeitsuchend gemeldeten schwerbehinderten Menschen besetzt werden können, sind sie vom Arbeitgeber in der Regel zu beteiligen.
- Sie haben ein umfassendes Informations- und Anhörungsrecht. Ist eine Maßnahme ohne ihre Beteiligung getroffen worden, ist die Durchführung oder Vollziehung auszusetzen, bis die vorgeschriebene Beteiligung nachgeholt ist.
- Sie sind zu allen Monatsbesprechungen zwischen Arbeitgeber und der kollektiven Interessenvertretung der Beschäftigten hinzuzuziehen, weil es immer auch um Angelegenheiten gehen kann, die schwerbehinderte Menschen betreffen können.
- Sie haben ständig Verbindung zur örtlichen Agentur für Arbeit und zum Integrationsamt zu halten und mit diesen Behörden eng zusammenzuarbeiten (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Einzelheiten der Wahl der Vertrauensleute sind in der Schwerbehinderten-Wahlordnung festgelegt.

*106* Der Bundesagentur für Arbeit obliegt nach § 104 SGB IX die Berufsberatung, Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung schwerbehinderter Menschen sowie die Beratung der Arbeitgeber bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen mit schwerbehinderten Menschen. Für die Arbeits- und Berufsförderung behinderter Menschen sind bei den Agenturen für Arbeit besondere Beratungs- und Vermittlungsstellen eingerichtet.

*107* Zu den Nachteilsausgleichen für schwerbehinderte Menschen gehört der Anspruch auf in der Regel fünf Tage pro Jahr bezahlten Zusatzurlaub (§ 125

SGB IX). Außerdem sind schwerbehinderte Menschen auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen (§ 124 SGB IX).

### **Werkstätten für behinderte Menschen**

*108* Für behinderte Menschen, die trotz aller Hilfen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht (wieder) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, bieten Werkstätten für behinderte Menschen eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt (§ 136 SGB IX). Nach dieser Vorschrift sollen die Werkstätten allen behinderten Menschen - unabhängig von Art und Schwere der Behinderung - offen stehen, die spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen können; die Werkstätten müssen es den behinderten Beschäftigten ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Die fachlichen Anforderungen an die Werkstatt für behinderte Menschen sowie das Anerkennungsverfahren sind in der Werkstättenverordnung geregelt. Im Arbeitsbereich der 671 anerkannten Werkstätten wurden 2004 rd. 223.000 behinderte Menschen beschäftigt.

*109* Auch für Menschen, für deren Betreuung und individuelle Förderung aufgrund der Behinderung eine besondere personelle Ausstattung erforderlich ist und deren Betreuung und Förderung daher in besonderen Fördergruppen erfolgt, sind die Werkstätten für behinderte Menschen vorgesehen. Soweit behinderte Menschen die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht oder noch nicht erfüllen, können sie in Einrichtungen, die der Werkstatt angegliedert sind, unter deren „verlängertem Dach“ aufgenommen werden.

*110* Zur Vorbereitung auf eine Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstätten werden nach § 40 SGB IX Leistungen zur Teilnahme an Maßnahmen im Eingangsverfahren anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen bis zu drei Monaten und in deren Berufsbildungsbereich bis zu zwei Jahren erbracht, und zwar überwiegend durch die Bundesagentur für Arbeit. Aufgabe der Werkstätten ist es, behinderte Menschen so zu fördern, dass sie bis zum Abschluss der Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in die Lage versetzt werden, zunächst überhaupt ein Mindestmaß

an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen, darüber hinaus jeden einzelnen so weit zu fördern, dass er das Optimum seiner Leistungsfähigkeit erreicht. Zur Erfüllung dieser Aufgaben haben die Werkstätten für behinderte Menschen ein möglichst breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen zur Verfügung zu stellen.

*111* Die Förderung im Arbeitsbereich gehört nach §§ 54, 56 SGB XII i.V.m. § 41 SGB IX in der Regel zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Zuständig sind gemäß § 97 SGB XII die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, sowie Landesrecht keine andere Regelung trifft. Für Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen haben die Träger der Sozialhilfe im Jahr 2004 3,456 Mrd. Euro aufgebracht. Das Arbeitsentgelt für die in den Werkstätten tätigen behinderten Menschen beträgt im Durchschnitt monatlich 160 Euro. Zusätzlich bekommen die in den Werkstätten Beschäftigten bis zu einem Gesamtarbeitsentgelt in Höhe von 325 Euro ein Arbeitsförderungsgeld in Höhe von monatlich 26 Euro. Die Mitwirkung der behinderten Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen ist in der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung geregelt.

*112* Die im Arbeitsbereich der Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen stehen nach § 138 SGB IX in der Regel in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis. Sie sind in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung pflichtversichert. Bei Vorliegen der Voraussetzungen erhalten sie Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII. Nach einer Beschäftigungszeit von wenigstens 20 Jahren erhalten die Werkstattbeschäftigten eine Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

## **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**

*113* Entsprechend den Grundvorschriften in §§ 1 und 4 SGB IX sowie § 10 SGB I ist die umfassende Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft das eigentliche Ziel aller einschlägigen Leistungen und Bemühungen. Gezielte Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die ebenso wie die medizinischen und beruflichen Leistungen zur Teilhabe

diesem Ziel dienen, werden - außer von den Trägern der Unfallversicherung und der Kriegopferfürsorge im Rahmen des sozialen Entschädigungsrecht für den jeweils von ihnen betreuten Personenkreis - von den Trägern der öffentlichen Jugend- und der Sozialhilfe als den Rehabilitationsträgern mit der umfassendsten Aufgabenstellung erbracht.

*114* Während die Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff SGB XII in Verbindung mit der nach § 60 SGB XII erlassenen Eingliederungshilfe-Verordnung einen grundsätzlich alle Gruppen behinderter Menschen umfassenden Leistungsauftrag hat, erbringen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe ihre Teilhabeleistungen nur für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII.

*115* Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen insbesondere die

- Versorgung mit nicht medizinischen und nicht beruflichen Hilfsmitteln,
- heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die in Verordnungen der Bundesländer geregelte Befreiung von den Rundfunk- und Fernsehgebühren für besonders betroffene oder finanziell bedürftige behinderte Menschen hinzuweisen.

*116* Der angestrebten möglichst weitgehenden individuellen Selbständigkeit und Unabhängigkeit dient

die Versorgung mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen im weitesten Sinne. Dies sind insbesondere Kommunikations- und Mobilitätshilfen für hör-, seh- und sprachbehinderte Menschen, aber auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Hinzu kommen die Hilfen und Erleichterungen im Bereich des Post- und Fernmeldewesens (insbesondere Gebührenermäßigungen, Angebote besonderer Fernsprecheinrichtungen u. a.).

*117* Wesentliche Voraussetzung für die Teilhaben behinderter Menschen insgesamt ist eine behindertenfreundliche Gestaltung der Umwelt. Hierzu zählt die Schaffung von behinderungsgerechten Wohnungen, die nicht nur eine möglichst weitgehende eigenständige Lebensführung ermöglichen, sondern auch den Kontakt mit nichtbehinderten Menschen erleichtern und in denen bei Bedarf die nötige Betreuung sichergestellt werden kann. Nach dem Zweiten Wohnungsbaugesetz werden Wohnungen für schwerbehinderte Menschen besonders gefördert. Auch das Wohngeldgesetz enthält besondere Vergünstigungen. Das Mietrechtsreformgesetz hat die Nutzung von Mietobjekten durch behinderte Menschen und die hierfür notwendigen baulichen Veränderungen erleichtert.

*118* Für behinderte Menschen, die in Heimen leben, sichern das Heimgesetz und die auf seiner Grundlage erlassenen Verordnungen rechtliche, bauliche und pflegerische Mindestanforderungen sowie die Mitwirkung der Heimbewohner.

*119* Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird weiter durch den Abbau von Mobilitätshemmnissen gefördert. Rechtsvorschriften wie insbesondere das Gesetz des Bundes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) und die entsprechenden Gesetze der meisten Länder, DIN-Normen und Förderbestimmungen ermöglichen, die Belange behinderter Menschen in den Lebensbereichen „Bauen“, „Wohnen“ und „Verkehr“ angemessen zu berücksichtigen. Ziel ist, eine barriere- und gefahrungsfreie Umwelt für behinderte Menschen zu schaffen und diesen Menschen hierdurch ein Leben in weitgehender Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu ermöglichen. So wurden bspw. bereits viele Straßen, Wege und Plätze behindertengerecht gestaltet und die baulichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die meisten öffentlichen Gebäude für behinderte Menschen frei zugänglich sind. Durch die Berücksichtigung der Belange dieser Menschen bei Neu- und Umbauten

von Bahnhofsanlagen (z. B. durch den Einbau von Rampen und Aufzügen) sowie den Einsatz von Service-Wagen, die bedarfsgerechte Plätze für Rollstuhlfahrer bieten, wird auch schwer körperbehinderten Menschen die Eisenbahnbenutzung ermöglicht oder erleichtert.

120 Der Verbesserung der Mobilität von schwerbehinderten Menschen, die infolge ihrer Behinderung in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sind, dienen die Regelungen über die unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr nach §§ 145 ff SGB IX. Voraussetzung für die „Freifahrt“ im Nahverkehr ist neben der Feststellung der einschlägigen Behinderungen durch das Versorgungsamt eine Eigenbeteiligung von Euro 60 jährlich in Form einer Jahreswertmarke; Blinde, Hilflose sowie finanziell besonders bedürftige schwerbehinderte Menschen erhalten die Wertmarke kostenlos. Sonderregelungen gelten für Betroffene, die schon vor 1979 nach den damals geltenden Richtlinien freifahrtberechtigt waren. Ist eine ständige Begleitung notwendig, fährt die Begleitperson immer kostenlos, auch im Fernverkehr der Eisenbahn. Weitere Erleichterungen im öffentlichen Personenverkehr - auch mit Flugzeug und Schiff - sowie im Straßenverkehr sind dem „Ratgeber für behinderte Menschen“ zu entnehmen, den das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in regelmäßig aktualisierter Fassung herausgibt.

121 Für behinderte Menschen, die wegen ihrer Behinderung weder öffentliche Verkehrsmittel noch ein Taxi benutzen können, werden von kommunalen Einrichtungen, Hilfsorganisationen und Wohlfahrtsverbänden Sonderfahrdienste angeboten. Die von den Städten und Kreisen als maßgebliche Träger der Benutzerkosten erlassenen Benutzungsregelungen sind nicht einheitlich.

122 Schließlich können behinderte Menschen, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung zum Zweck ihrer Teilhabe auf die regelmäßige Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in angemessenem Umfang Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges sowie zur Erlangung der Fahrerlaubnis und zum Betrieb und zur Unterhaltung des Fahrzeuges erhalten (§§ 8, 10 der Eingliederungshilfe-Verordnung). Derartige Kraftfahrzeughilfen kommen - neben den zur Teilhabe am Arbeitsleben geleisteten Hilfen nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung -

unter besonderen Voraussetzungen in Frage, um eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

123 Freizeit und Urlaub haben für behinderte Menschen als Ausgleich für den Verlust von sozialen Kontakten in anderen Lebensbereichen besonderes Gewicht. Vor allem Angebote für Freizeit und Urlaub zusammen mit nichtbehinderten Menschen tragen zur gesellschaftlichen Teilhabe bei. Zur gezielten Unterrichtung behinderter Menschen und ihrer Angehörigen über Freizeit- und Urlaubsmöglichkeiten werden öffentliche Mittel eingesetzt. Ferner werden Bau und Einrichtung von gemeinnützigen Familienferienstätten mit Bundes- und Landesmitteln gefördert. Der weit gespannte Leistungsrahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ermöglicht es, im Einzelfall die mit Freizeitaktivitäten und Urlaub verbundenen behinderungsspezifischen Kosten zu übernehmen.

124 Der Begegnung mit nichtbehinderten Menschen und damit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dient in besonderem Maße der Behindertensport, soweit er als Freizeit-, Breiten- oder Leistungssport betrieben wird. Bund und Länder bemühen sich gemeinsam, die erforderliche Entwicklung des Behindertensports einschließlich seiner Finanzierung fortzuführen.

## Aufklärung, Auskunft und Beratung

125 Als Mittel zur Information sind zunächst Aufklärung, Auskunft und Beratung durch die Sozialleistungsträger zu nennen. Hierzu finden sich in §§ 13, 14 und 15 SGB I ausdrückliche allgemeine Regelungen. Nach §§ 22 ff SGB IX ist es die Aufgabe gemeinsamer Servicestellen der Rehabilitationsträger in allen Landkreisen und kreisfreien Städten

- über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
- bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,



- zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
- bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
- die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,
- bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
- bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
- zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.

*126* Besondere Beratungspflichten gegenüber behinderten Menschen haben darüber hinaus

- Ärzte und Landesärzte nach §§ 61 und 62 SGB IX sowie § 92 Abs. 1 Nr. 8, § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sowie
- Sozialämter gemäß § 10 SGB XII.

*127* Angesichts der vielen unterschiedlichen Leistungen und sonstigen Hilfen, die zur Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen in Betracht kommen, ist ferner auf § 16 SGB I hinzuweisen. Danach sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden. Für Leistungen zur Teilhabe sichert § 14 SGB IX mit einem besonderen Zuständigkeitsklärungsverfahren rasche Entscheidungen.

## Geschichtliche Entwicklung

*128* Als vor rd. 100 Jahren in Deutschland die ersten einheitlichen Rechtsgrundlagen im Sozialrecht geschaffen wurden, war die Zeit für umfassende und „runde“ Regelungen, wie sie jetzt insbesondere mit § 4 SGB IX und § 10 SGB I bestehen, noch nicht

gekommen; vielmehr schuf man Regelungen für einzelne Gruppen von Betroffenen und ihre spezifischen Probleme. So begannen auf der Grundlage des Unfallversicherungsgesetzes aus dem Jahr 1884 die zuständigen Träger bald damit, die Heilfürsorge möglichst früh einzusetzen - seit 1890 auch in eigenen Unfallkrankenhäusern -, um die Auswirkungen von Arbeitsunfällen wirkungsvoll zu begrenzen und zugleich die sonst notwendigen Rentenzahlungen zu mindern. Auch in der Rentenversicherung ermöglichte schon im Jahr 1889 das Gesetz den Trägern, Heilverfahren zu übernehmen, wenn Erwerbsunfähigkeit und Invalidenrente drohten, und ging damit von Anfang an vom Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ aus. Die reichseinheitlichen Regelungen zur Kriegsbeschädigtenfürsorge - zuerst 1919 - zielten ebenfalls darauf ab, die Kriegsbeschädigten nach Möglichkeit wieder in das Wirtschaftsleben zurückzuführen. Sie wurden - ebenfalls zuerst 1919 - ergänzt durch Vorschriften, die die Arbeitgeber zur Beschäftigung Schwerbeschädigter - zunächst der Kriegs- und Unfallopfer - verpflichteten. Für die Eingliederung behinderter Menschen, die den schon genannten Gruppen nicht angehörten, gab es die ersten speziellen reichseinheitlichen Regelungen in den Fürsorgegrundsätzen von 1924, in denen behinderte Menschen als „heilbare Arme“ betrachtet wurden. Auch zu den Aufgaben der 1927 gesetzlich geregelten Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung gehörte von Anfang an die Beratung und Vermittlung Beschädigter, die 1969 - im Zeichen einer „aktiven Arbeitsmarktpolitik“ - ergänzt wurden durch eine weit reichende Zuständigkeit für Aufgaben der beruflichen Rehabilitation.

*129* In den folgenden Jahrzehnten wurden

- die Zielsetzung der Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt vor und nach der Zeit des Nationalsozialismus immer zielstrebig und umfassender verfolgt,
- daher auch der Grundsatz möglichst frühzeitiger Intervention immer konsequenter beachtet und nicht zuletzt
- positive Ansätze, Erfahrungen und Beispiele aus einzelnen Sozialleistungsbereichen mehr und mehr auch in andere Bereiche übertragen.

*130* Anfang der 70er Jahre wurden die unterschiedlichen Ansätze und Traditionen zusammengeführt



und - entsprechend dem Grundsatz der Finalität - die Sozialleistungen zur Eingliederung (jetzt: Teilhabe) möglichst aller behinderten Menschen möglichst weitgehend einander angeglichen. Dies geschah

- durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbehindertenrechts von 1974, mit dem - neben zahlreichen sonstigen Verbesserungen
  - der geschützte Personenkreis auf alle schwerbehinderten Menschen unabhängig von Art oder Ursache der Behinderung ausgedehnt und
  - einheitliche Grundvorgaben für Werkstätten für Behinderte festgelegt wurden, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können; weiter
- durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, ebenfalls von 1974, mit dem
  - jetzt auch die Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen,
  - für alle Träger der Sozialversicherung und der Kriegsopferversorgung sowie die Bundesanstalt für Arbeit die Sachleistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die während der Rehabilitationsmaßnahmen zu zahlenden Lohnersatzleistungen weitgehend vereinheitlicht - und auch inhaltlich weiterentwickelt -, ferner
  - für alle erfassten Sozialleistungsbereiche und Träger einheitlich eine Reihe von Grundsätzen festgelegt wurden mit dem Ziel, die möglichst dauerhafte Eingliederung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen wirkungsvoll zu erreichen; schließlich
- durch Aufnahme des „sozialen Rechts“ zur Eingliederung behinderter Menschen im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs 1975.

*131* Mit dem Einigungsvertrag vom 3. Oktober 1990 wurde grundsätzlich das schon vorher in der Bundesrepublik Deutschland geltende Recht auch in den beigetretenen Bundesländern wirksam; das Recht, das vorher in der DDR galt, trat außer Kraft. Allerdings gab es in Einzelheiten viele Ausnahmen von diesem Grundsatz, und die Höhe der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz für unbesetzte Pflichtplätze wurde einheitlich auf 200 DM

festgesetzt. Die Aufgabe, in und zwischen beiden Teilen Deutschlands einheitliche Lebensverhältnisse herbeizuführen, bedarf jedoch noch einiger Zeit und vieler Anstrengungen.

*132* Schon während der Gesetzgebungsverfahren zu den genannten Gesetzen, vor allem aber nach ihrem In-Kraft-Treten und bei ihrer Anwendung wurde deutlich, dass die Aufgabe, die Rechtsgrundlagen der wegen einer Behinderung erbrachten Sozialleistungen einander anzugleichen und zum besseren Zusammenwirken im Interesse behinderter Menschen aufeinander abzustimmen, nur teilweise vollbracht war. Neben vielen kleineren Unstimmigkeiten, die in der Rechtsentwicklung der folgenden Jahre eher vermehrt als abgebaut wurden, bedurfte vor allem der Korrektur, dass

- die Regelungen der vom Rehabilitations-Angleichungsgesetz erfassten Leistungsbereiche nicht voll untereinander und gar nicht mit denen der Sozialhilfe und
- die Regelungen des Schwerbehindertengesetzes nicht auf die zur Rehabilitation abgestimmt waren.

*133* Der Deutsche Bundestag hat mehrfach gefordert, die Rechtsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen so bald wie möglich in einheitlicher und übersichtlicher Form zusammengefasst in das Sozialgesetzbuch einzufügen. In den letzten Jahren hat in der Politik für behinderte Menschen ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Eine tief greifende Wandlung des Selbstverständnisses von behinderten Menschen und der Grundlagen der Behindertenpolitik sieht der interfraktionelle Entschließungsantrag „Die Integration von Menschen mit Behinderungen ist eine dringliche politische und gesellschaftliche Aufgabe“, den der Deutsche Bundestag am 19. Mai 2000 einstimmig annahm (Bundestags-Drucksache 14/2913). „Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“ Durch die Ergänzung des Artikel 3 Abs. 3 Grundgesetz um den Satz 2 im Jahr 1994 habe der Deutsche Bundestag „auch eine Verpflichtung für Politik und Gesellschaft geschaffen, sich aktiv um die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Familie, in den Beruf und in das tägliche Leben zu bemühen. Diese Verpflichtung einzulösen, ist eine dringliche politische und gesetzgeberische Aufgabe,

nicht zuletzt vor dem ethischen Hintergrund der historischen Erfahrungen in Deutschland.“ Die Entscheidung sieht einen Bedarf an einer „Gesetzgebung, die den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung und Solidarität als Teil selbstverständlicher und universeller Bürgerrechte erfüllt“ als Voraussetzung für das Ziel, „Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“. Mit einem Sozialgesetzbuch IX solle „anstelle von Divergenz und Unübersichtlichkeit im bestehenden Rehabilitationsrecht Bürgernähe und verbesserte Effizienz auf der Basis eines gemeinsamen Rechts und einer einheitlichen Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik gesetzt werden.“

*134* Das SGB IX, das seit 1. Juli 2001 in Kraft ist, entspricht diesen Vorgaben; es wurde vom Deutschen Bundestag am 6. April 2001 ohne Gegenstimmen

beschlossen und am 11. Mai 2001 vom Bundesrat - ebenfalls ohne Gegenstimmen - gebilligt. Das Gesetz zeichnet sich durch seine Betroffenen- und Selbsthilfeorientierung aus. Es stellt den behinderten Menschen in den Mittelpunkt; Teilhabe und Selbstbestimmung treten nach vorn. Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen wird es ermöglicht, ihre eigenen Belange so weitgehend wie möglich selbst und eigenverantwortlich zu bestimmen. Dabei erhalten sie durch die besonderen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft die Unterstützung und Solidarität, die sie benötigen, Behinderungen zu vermeiden, auszugleichen oder zu überwinden, um zu einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe zu kommen. Dazu hat das SGB IX die individuellen Rechtspositionen zur Rehabilitation und Teilhabe gestärkt.

# 10

## Sozialgesetzbuch - 10. Buch Verwaltungsverfahren

### Verwaltungsverfahren

1 Das Verfahren der Sozialverwaltung war bis zum In-Kraft-Treten des Sozialgesetzbuchs – Verwaltungsverfahren – in einer Vielzahl von Einzelgesetzen geregelt. Im Interesse der Rechtssicherheit und Verfahrensvereinfachung wurde es als sinnvoll erachtet, das Verfahrensrecht in der Sozialverwaltung zusammenfassend in einem Gesetz zu behandeln. Entsprechend der schon seit langem vorliegenden Konzeption eines alle Bereiche des Sozialrechts umfassenden Sozialgesetzbuchs wurde das Verwaltungsverfahren in dem – nach dem damals vorgesehenen Gliederungsschema des Sozialgesetzbuchs – letzten, dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuchs angesiedelt.

2 Das Zehnte Buch gliedert sich in drei Kapitel: Das erste Kapitel regelt das Verwaltungsverfahren und lehnt sich stark an die Verwaltungsverfahrensgesetze des Bundes und der Länder an, die das Handeln der übrigen öffentlichen Verwaltung regeln. Bereichsspezifische Verfahrensvorschriften, die sich nicht vereinheitlichen ließen, blieben den die einzelnen Sozialleistungsbereiche regelnden gesetzlichen Vorschriften vorbehalten.

Das zweite Kapitel befasst sich mit dem Schutz von personenbezogenen Daten und den diesen gleich gestellten Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen. Die beiden ersten Kapitel wurden am 1. Januar 1981 geltendes Recht. Durch eine grundlegende Überarbeitung des 2. Kapitels, die am 1. Juli 1994 in Kraft getreten ist, wurde der Schutz der Sozialdaten, unter Berücksichtigung des Volkszählungsurteils des Bundesverfassungsgerichts erheblich verbessert.

Das dritte Kapitel enthält Regelungen über die Zusammenarbeit der Leistungsträger untereinander und ihre Beziehungen zu Dritten; geregelt sind hier hauptsächlich Erstattungsansprüche der Leistungs-

träger untereinander sowie Erstattungs- und Ersatzansprüche der Leistungsträger gegen Dritte. Dieses Kapitel wurde dem SGB X erst später angefügt und trat am 1. Juli 1983 in Kraft.

### Allgemeine Vorschriften über das Verwaltungsverfahren

3 Das SGB X schreibt für das Verwaltungsverfahren grundsätzlich keine besondere Form vor. Durch diesen Verzicht auf Förmlichkeiten und der Regelung, dass das Verfahren einfach und zweckmäßig durchzuführen ist, soll der Zugang zu den Sozialleistungen erleichtert werden.

Die einzelnen Sozialleistungsgesetze schreiben in der Regel für die Einleitung eines Verwaltungsverfahrens die Antragstellung vor, die zuweilen von bestimmten Fristen abhängig gemacht wird.

Zwar sollen Leistungsanträge nur an den zuständigen Leistungsträger gerichtet werden. Bei der unzuständigen Behörde gestellte Anträge hat diese aber unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten; ihre Annahme darf nicht mit dem Hinweis auf die Unzuständigkeit verweigert werden.

4 Dem am Verwaltungsverfahren Beteiligten räumt das Gesetz die Möglichkeit ein, sich durch einen Bevollmächtigten vertreten zu lassen. Zu Verhandlungen und Besprechungen darf man aber auch eine Person seines Vertrauens als Beistand mitbringen. Diese hat im Gegensatz zum Bevollmächtigten lediglich eine unterstützende Funktion und wird nicht anstatt, sondern neben dem Beteiligten tätig. Wurde für ein Verwaltungsverfahren ein Bevollmächtigter bestellt, so muss sich die Behörde grundsätzlich an diesen wenden.

5 Das SGB X schreibt als Amtssprache deutsch vor. Wird ein fremdsprachiges Schriftstück vorgelegt – sei es ein Antrag, eine Urkunde oder sonstiges – so darf die Behörde dieses jedoch nicht unbeachtet las-

sen. Sofern sie nicht in der Lage ist, das Schriftstück zu verstehen, soll sie unverzüglich unter Setzen einer angemessenen Frist die Vorlage einer Übersetzung verlangen. Wird die verlangte Übersetzung nicht innerhalb der gesetzten Frist vorgelegt, so kann die Behörde sich selbst eine Übersetzung beschaffen und hierfür vom Beteiligten eine angemessene Kostenerstattung verlangen.

Für die Wahrung von Fristen ist es wichtig, Schriftstücke in deutscher Sprache vorzulegen oder fremdsprachigen Schriftstücken eine Übersetzung beizufügen. Denn eine fremdsprachige Anzeige oder ein solcher Antrag gelten grundsätzlich solange nicht als eingegangen, solange nicht eine Übersetzung vorliegt.

6 Für die Aufklärung des Sachverhalts, der für das Verwaltungsverfahren von Bedeutung ist, gilt der „Untersuchungsgrundsatz“. Er besagt, dass die Behörde von Amts wegen – d. h. von sich aus – alle Tatsachen zu ermitteln hat, die für ihre Entscheidung von Bedeutung sind. Sie bestimmt nach ihrem pflichtgemäßen Ermessen die Art und den Umfang der Ermittlungen, ohne an das Vorbringen und die Beweisanträge der Beteiligten gebunden zu sein. Die Beteiligten sollen aber bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken, insbesondere sollen sie ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Eine fehlende Mitwirkung kann unter bestimmten Voraussetzungen zum Leistungsentzug führen. Zeugen und Sachverständige sind zur Aussage oder zur Erstattung von Gutachten verpflichtet, wenn dies eine besondere Rechtsvorschrift vorsieht. Eine solche Pflicht besteht auch dann, wenn die Aussage oder Erstattung des Gutachtens zur Entscheidung über einen Sozialleistungsanspruch unabweisbar ist. Gesetzliche Auskunftspflichten sieht das Gesetz z. B. für die Finanzbehörden vor, so weit bestimmte Einkommens- oder Vermögensverhältnisse für das Verwaltungsverfahren von Bedeutung sind.

7 Bevor die Behörde einen Verwaltungsakt erlassen kann, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, hat sie diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Um den Beteiligten eine sachgerechte Stellungnahme zu ermöglichen, ist es notwendig, die entscheidungserheblichen Tatsachen den Beteiligten so zu unterbreiten, dass diese ihre Bedeutung für die Entscheidung erkennen können. Die Anhörung muss für den Beteiligten ersichtlich machen, ob er

sich zur Ausschöpfung seines Rechts auf rechtliches Gehör noch weitere Tatsachenkenntnis verschaffen kann oder soll. Von einer Anhörung kann in einigen Ausnahmefällen abgesehen werden, so z. B. wenn die Verwaltung bei ihrer Entscheidung von den tatsächlichen Angaben des Beteiligten nicht zu dessen Ungunsten abweichen will oder die Behörde gegen Ansprüche oder mit Ansprüchen von weniger als 70 Euro aufrechnen oder verrechnen will.

8 Zu den tragenden Prinzipien des rechtsstaatlichen Verwaltungsverfahrens gehört neben dem Anspruch auf rechtliches Gehör das Recht, Einsicht in die Verfahrensakte zu nehmen, so weit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung rechtlicher Interessen erforderlich ist. Enthalten die Akten Angaben über den Gesundheitszustand eines Beteiligten, kann die Behörde diesem den Akteninhalt durch einen Arzt vermitteln lassen. Dies soll sie tun, wenn zu befürchten ist, dass sich die Akteneinsicht für den Beteiligten nachteilig auswirken könnte, z. B. dann, wenn der Beteiligte erst durch Einsicht in die Akten Kenntnis von einer unheilbaren Krankheit erhielt. Die Mitteilung durch einen Arzt könnte hier die Schockwirkung erheblich mildern. Die Beteiligten können sich von den Akten, in die sie Einsicht nehmen dürfen, selbst Auszüge oder Abschriften herstellen. Sie können sich aber auch gegen eine angemessene Aufwandsentschädigung Ablichtungen durch die Behörde anfertigen lassen. Die Behörde darf die Akteneinsicht nicht gestatten, so weit es sich um Vorgänge handelt, die wegen der berechtigten Interessen anderer Beteiligter oder dritter Personen geheim gehalten werden müssen.

9 Demjenigen, der ohne Verschulden verhindert war, eine gesetzliche Frist einzuhalten, ist auf seinen Antrag hin Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Bei einer Wiedereinsetzung in den vorigen Stand werden versäumte oder verspätet nachgeholte Verfahrenshandlungen als noch rechtzeitig vorgenommen fingiert. Der Antrag auf Wiedereinsetzung muss innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Grundes gestellt werden, der für das Fristversäumnis verantwortlich war. Innerhalb dieser Frist ist auch die versäumte Handlung nachzuholen. Der Antrag auf Wiedereinsetzung und die Nachholung der versäumten Handlung ist nur innerhalb eines Jahres nach Ende der versäumten Frist zulässig. Eine Wiedereinsetzung ist in den Fällen unzulässig, in denen dies durch Gesetz ausdrücklich ausgeschlossen wurde (Ausschlussfristen).

10 Hat jemand von der Stellung eines Antrags auf eine Sozialleistung abgesehen, weil er einen Anspruch auf eine andere Sozialleistung geltend gemacht hat, die ihm aber schließlich versagt wurde, so kann er den Antrag auf die ursprünglich gewollte Leistung mit Wirkung für die Vergangenheit nachholen. Der nachgeholte Antrag wirkt bis zu einem Jahr zurück, wenn er innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Monats gestellt wird, in dem die Ablehnung der zunächst beantragten Leistung bindend geworden ist.

11 Den Abschluss eines Verwaltungsverfahrens bildet im Regelfall ein „Verwaltungsakt“, der sich regelmäßig in einem gewährenden, feststellenden oder ablehnenden Bescheid ausdrückt (z. B. die Bewilligung oder Ablehnung von Arbeitslosengeld oder Rente oder die Feststellung der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung). Ein Verwaltungsakt kann schriftlich, elektronisch, mündlich oder in anderer Weise erlassen werden. Diese grundsätzlich bestehende Formfreiheit wird durch die für die einzelnen Sozialleistungsbereiche bestehenden spezielleren Rechtsvorschriften, die in der Regel Schriftlichkeit vorsehen, außer Kraft gesetzt.

Ein schriftlicher oder elektronischer Verwaltungsakt muss die erlassende Behörde erkennen lassen sowie die Unterschrift oder die Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten. Eine Ausnahme gilt für die Bescheide, die mit Hilfe der automatischen Datenverarbeitung erstellt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung solcher Bescheide kann mit Hilfe von Schlüsselzeichen erfolgen, die allerdings anhand beigegebener Erläuterungen eindeutig zu entziffern sein müssen; auf eine Unterschrift und eine Namenswiedergabe kann bei diesen Bescheiden verzichtet werden.

12 Ein schriftlicher oder elektronischer Verwaltungsakt bedarf der Begründung. In der Begründung muss die Behörde die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitteilen, die sie zu ihrer Entscheidung bewogen habe. Die Begründung von Ermessensentscheidungen – d. h. von Entscheidungen, bei denen das Gesetz den Behörden einen gewissen Entscheidungsspielraum zugesteht – muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist.

Die Begründungspflicht dient der Sicherstellung eines rechtsstaatlichen Verfahrens. Der Bürger soll durch die Begründung in die Lage versetzt werden,

die behördliche Entscheidung zu akzeptieren oder sie unter Ausschöpfung der ihm zur Verfügung stehenden Rechtsbehelfe nachprüfen zu lassen. Die prüfende Instanz wird durch die Begründung in die Lage versetzt, den Verwaltungsakt nachvollziehen zu können. Nicht zuletzt kommt der Begründungspflicht auch eine gewisse Kontrollfunktion für die erlassende Behörde zu, indem sie diese zwingt, sorgfältig zu ermitteln und sich mit dem Vorbringen des Beteiligten auseinander zu setzen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gibt es einige Fälle, in denen das Gesetz von einer Begründungspflicht absieht, z. B. wenn die Behörde einem Antrag entspricht.

13 Erlässt die Behörde einen schriftlichen Verwaltungsakt oder bestätigt sie schriftlich einen Verwaltungsakt, so ist sie verpflichtet, den Beteiligten, der durch die Entscheidung nachteilig berührt wird, über den gegen den Bescheid möglichen Rechtsbehelf schriftlich zu informieren.

Die Rechtsbehelfsbelehrung muss auf die Behörde oder das Gericht hinweisen, bei denen der Rechtsbehelf anzubringen ist, deren Sitz, die einzuhaltende Frist und die Form.

Fehlt eine ordnungsgemäße Rechtsbehelfsbelehrung, so wird die Rechtsbehelfsfrist nicht in Gang gesetzt. Der Rechtsbehelf muss dann grundsätzlich innerhalb eines Jahres seit Zustellung, Eröffnung oder Verkündung des Verwaltungsakts eingelegt werden.

### **Bestandskraft von Verwaltungsakten**

14 Ein Verwaltungsakt wird gegenüber demjenigen, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, in dem Zeitpunkt wirksam, in dem er ihm bekannt gegeben wird. Er bleibt wirksam, solange und so weit er nicht aufgehoben wird oder sich erledigt, unabhängig davon, ob er fehlerhaft ist oder nicht.

15 Von Anfang an unwirksam ist nur der nichtige Verwaltungsakt. Dies ist ein Verwaltungsakt, der an einem besonders schwer wiegenden Fehler leidet und dieser Fehler offenkundig ist. Das Gesetz zählt darüber hinaus eine Reihe von Fehlern auf, die auch ohne Offenkundigkeit zur Nichtigkeit des Verwaltungsaktes führen, so z. B. ist ein schriftlich erlassener Verwaltungsakt nichtig, der die erlassende Behörde nicht erkennen lässt oder ein Verwaltungsakt, den aus tatsächlichen Gründen niemand ausführen kann. In einigen Fällen offenkundiger Fehlerhaftigkeit ist dagegen die Nichtigkeit ausdrücklich ausgeschlossen,

z. B. wenn Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit nicht eingehalten worden sind.

*16* Bei einer Reihe von Verfahrens- und Formfehlern ermöglicht das Gesetz eine nachträgliche Heilung, d. h. der Betroffene kann nach Korrektur der Fehler nicht mehr wegen des Verstoßes gegen diese Verfahrens- und Formvorschriften eine Aufhebung der Verwaltungsentscheidung verlangen.

So ist es z. B. unbeachtlich, wenn der für den Erlass des Verwaltungsaktes erforderliche Antrag nachträglich gestellt wird, die erforderliche Begründung nachträglich gegeben wird oder die erforderliche Anhörung des Beteiligten nachgeholt wird. Die Korrektur der Fehler – mit Ausnahme der nachträglichen Antragstellung – kann allerdings nur bis zum Abschluss eines Vorverfahrens, in dem die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes verwaltungsintern überprüft wird, vorgenommen werden. Falls ein Vorverfahren nicht stattfindet, muss die Korrektur bis zur Klageerhebung erfolgt sein.

*17* Die Verletzung von Verfahrens- und Formvorschriften gibt dann keinen Anspruch auf Aufhebung des Verwaltungsaktes, wenn in der Sache keine andere Entscheidung hätte getroffen werden können. Mit dieser Regelung bringt der Gesetzgeber zum Ausdruck, dass dem Verfahrensrecht letztlich nur eine dienende Funktion gegenüber dem materiellen Recht zukommen kann; Verfahrens- und Formfehler sollen nur dann Rechtsfolgen nach sich ziehen, wenn die Fehler die getroffene Entscheidung tatsächlich beeinflusst haben. Bei Ermessensentscheidungen – bei denen der Behörde ein gewisser Entscheidungsspielraum eingeräumt ist – ist dies in der Regel der Fall.

Es gibt allerdings eine Ausnahme von diesem Grundsatz: das Unterbleiben der erforderlichen Anhörung ist auch bei fehlender Entscheidungsalternative erheblich. Mit dieser Regelung wird der Bedeutung des Anhörungsrechts im Verwaltungsverfahren Rechnung getragen.

*18* Das SGB X enthält eine Reihe von Vorschriften, die die Aufhebung bereits ergangener Verwaltungsakte außerhalb des Rechtsbehelfsverfahrens regeln. Der Gesetzgeber sah sich bei der Normierung der Aufhebungsvorschriften zu einem Abwägen gezwungen zwischen dem Interesse an Rechtssicherheit, das ein Festhalten an einmal getroffenen Entscheidungen verlangt, und dem Interesse an materieller Gerechtig-

keit, das auf Beseitigung nicht rechtmäßiger Zustände drängt.

So weit von einer Aufhebung rechtmäßige Verwaltungsakte betroffen sind, spricht das Gesetz von Widerruf, die Aufhebung rechtswidriger Verwaltungsakte wird mit Rücknahme bezeichnet.

Ob und in welchem Umfang ein nicht mehr anfechtbarer Bescheid aufgehoben werden kann, hängt von seinem Inhalt ab, genauer gesagt davon, ob er den Adressaten begünstigt oder nicht.

Unter einem begünstigenden Verwaltungsakt versteht das Gesetz einen Verwaltungsakt, der für den Adressaten ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt, z. B. die Bewilligung einer Rente. Die Aufhebung eines begünstigenden Verwaltungsaktes unterliegt mit Rücksicht auf das Vertrauen der Begünstigten auf ein Fortbestehen der zu ihren Gunsten getroffenen behördlichen Entscheidungen strengeren Regeln als die eines nicht begünstigenden.

*19* Die Aufhebung eines nicht begünstigenden und rechtswidrigen Verwaltungsaktes macht das SGB X nicht von besonderen Voraussetzungen abhängig. Es verpflichtet die Behörde sogar, einen solchen Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zurückzunehmen. Die Rücknahme für die Vergangenheit liegt grundsätzlich im Ermessen der Verwaltung, es sei denn, Sozialleistungen sind zu Unrecht versagt oder Beiträge sind zu Unrecht erhoben worden. In diesen Fällen ist die Verwaltung verpflichtet, den belastenden Bescheid auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nicht, wenn der Bescheid auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden die zu Unrecht versagten Sozialleistungen längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Erfolgt die Rücknahme auf einen Antrag hin, so tritt bei der Berechnung der Vier-Jahres-Frist der Antrag an die Stelle der Rücknahme. Mit der Begrenzung des Leistungszeitraums auf vier Jahre strebt der Gesetzgeber einen Ausgleich an zwischen den Interessen des einzelnen an einer vollständigen Erbringung der ihm zu Unrecht vorenthaltenen Sozialleistungen und den Interessen der Solidargemeinschaft an der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des in Anspruch genommenen Leistungs-



trägers und damit einhergehend an einer möglichst geringen Belastung mit Ausgaben für Leistungen für zurückliegende Zeiträume.

20 Die Rücknahme eines rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes ist nicht so ohne weiteres möglich. Auch wenn der Begünstigte keinen Anspruch auf die Begünstigung hat, wird sein Vertrauen auf den Bestand der Begünstigung grundsätzlich geschützt.

Ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt darf nach den Vorschriften des SGB X nicht zurückgenommen werden, so weit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und dieses Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an der Rücknahme des rechtswidrigen Verwaltungsaktes schutzwürdig ist. Die Schutzwürdigkeit des Vertrauens wird in der Regel dann angenommen, wenn die fälschlich erbrachten Leistungen bereits verbraucht sind oder mit ihnen so disponiert wurde, dass eine Rücknahme nicht oder nur unter unzumutbaren Nachteilen möglich ist. In einigen Fällen ist allerdings ein Vertrauensschutz ausgeschlossen, so z. B. wenn die Begünstigung durch arglistige Täuschung erwirkt wurde oder der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche Angaben gemacht hat.

21 Rechtswidrige begünstigende Verwaltungsakte mit Dauerwirkung – d. h. Verwaltungsakte, die über den Zeitpunkt ihrer Bekanntgabe hinaus bestimmte Wirkungen entfalten, wie z. B. die Bewilligung einer Rente, können bei Vorliegen der Rücknahmevoraussetzungen grundsätzlich nur bis zum Ablauf von zwei Jahren nach ihrer Bekanntgabe zurückgenommen werden. So weit ein begünstigender Bescheid aufhebbar ist, wird er mit Wirkung für die Zukunft zurückgenommen. Nur in den Fällen, in denen z. B. wegen arglistiger Täuschung ein Vertrauensschutz ausgeschlossen ist, wird auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen.

22 So weit nicht ausdrücklich ausgeschlossen, kann ein rechtmäßiger nicht begünstigender Verwaltungsakt jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, so dass es dem Verwaltungsträger möglich ist, den Bürger auch von einer rechtmäßigen Belastung freizustellen. Der Widerruf eines rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsaktes ist zulässig, wenn einer der im SGB X abschließend aufgeführten Widerrufsgründe vorliegt, z. B. dann, wenn der Widerruf im Verwaltungsakt vorbehalten ist.

Außerdem kann ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt widerrufen werden, wenn im Verwaltungsakt eine Zweckbestimmung zur Verwendung einer Sach- oder Geldleistung vorgesehen war und diese vom Begünstigten nicht entsprechend verwendet wird.

23 Viele Sozialleistungen werden für eine gewisse Dauer gewährt. Um den im Lauf der Zeit eintretenden Änderungen der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse, die diesen Verwaltungsakten zugrunde liegen, Rechnung tragen zu können, sieht das SGB X die Möglichkeit vor, die einmal getroffenen Entscheidungen im Hinblick auf die eingetretenen Änderungen zu revidieren. Es verpflichtet die Verwaltung, den Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, wenn die Änderung der rechtlichen und tatsächlichen Verhältnisse von wesentlicher Bedeutung ist, der Verwaltungsakt also, wie er ursprünglich der wahren Sach- und Rechtslage entsprach, mit gleichem Inhalt nicht mehr nach der neuen Sach- und Rechtslage ergehen könnte.

Die Aufhebung mit Wirkung für die Vergangenheit ab Änderung der Verhältnisse ist nur in einigen Fällen zulässig, so insbesondere dann, wenn die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt oder wenn der Betroffene einer gesetzlichen Mitteilungspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist oder wenn nach Antragstellung oder Erlass des Verwaltungsaktes Einkommen erzielt wurde, das zum Wegfall oder zur Minderung des Anspruchs geführt hat.

Als wesentliche Änderung erwähnt das Gesetz ausdrücklich die Herausbildung einer ständigen Rechtsprechung des jeweils zuständigen obersten Gerichtshofs des Bundes, der das Recht zugunsten des Berechtigten nachträglich anders auslegt als die Verwaltung bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dies zugunsten des Berechtigten auswirkt.

24 Sozialleistungen, die aufgrund eines aufgehobenen Verwaltungsaktes oder ohne Verwaltungsakt zu Unrecht erbracht worden sind, sind zu erstatten. Der Erstattungsanspruch verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Verwaltungsakt, der die zu erstattende Leistung festgestellt hat, unanfechtbar geworden ist.

25 Hinsichtlich der Rechtsbehelfe gegen Entscheidungen der Behörden verweist das SGB X auf die Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes bzw. der Verwaltungsgerichtsordnung.

Jemand, der erfolgreich gegen einen Verwaltungsakt Widerspruch eingelegt hat, kann von der Behörde, die den Verwaltungsakt erlassen hat, die Erstattung der ihm hierbei entstandenen Kosten verlangen. Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts oder sonstigen Bevollmächtigten sind erstattungsfähig, wenn die Zuziehung des Bevollmächtigten notwendig war; dies wird im Regelfall bejaht werden müssen.

26 Das SGB X normiert die dem Wesen und Ziel des Sozialrechts adäquate Kostenfreiheit des Verwaltungsverfahrens. Sie bedeutet, dass für das Verfahren bei den Behörden nach dem SGB keine Gebühren und Auslagen erhoben werden. Dies gilt auch, wenn im Rahmen des Verwaltungsverfahrens andere Behörden beteiligt werden müssen. Durch die Kostenfreiheit soll sichergestellt werden, dass niemand aus Kostengründen auf die Stellung eines Antrags auf Sozialleistungen oder die sonstige Inanspruchnahme der Sozialverwaltung – z. B. für eine Auskunft oder Beratung – verzichtet.

### **Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten**

27 An den Anfang des dritten und letzten Kapitels des SGBX setzte der Gesetzgeber das Gebot für die Leistungsträger, ihre Verbände und die im SGB genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen, bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Entsprechend dieser grundsätzlichen Verpflichtung enthält das Gesetz eine Reihe von Regelungen, die die reibungslose Zusammenarbeit gewährleisten sollen.

28 Um festzustellen, ob die Voraussetzungen für eine Sozialleistung vorliegen, sind oftmals ärztliche Untersuchungsmaßnahmen notwendig. Zur Vermeidung überflüssiger Mehrfachuntersuchungen verpflichtet das Gesetz einen Leistungsträger, der ärztliche Untersuchungsmaßnahmen veranlasst, diese in einer Art und Weise vorzunehmen und deren Ergebnisse so festzuhalten, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können. Durch Vereinbarungen haben die Leistungsträger sicherzustellen, dass Untersuchungen unterbleiben, so weit bereits verwertbare Untersuchungsergebnisse vorliegen.

29 Damit die Behörden die ihnen obliegenden Aufgaben erfüllen können, sieht das SGB X für eine Reihe von Personen bestimmte Auskunftspflichten vor:

So hat der Arbeitgeber auf Verlangen den Leistungsträger oder die Krankenversicherung als Einzugsstelle für den Beitragseinzug über die Art und Dauer der Beschäftigung, den Beschäftigungsort und das Arbeitsentgelt zu unterrichten, so weit dies im Einzelfall für die Erbringung von Sozialleistungen erforderlich ist.

Eine Auskunftspflicht in den Grenzen der gesetzlich normierten Mitwirkungspflicht besteht auch für Angehörige, Unterhaltspflichtige oder sonstige Personen, wenn für die Sozialleistungen oder ihre Erstattung das Einkommen oder das Vermögen des Leistungsempfängers oder dieser Personen oder ein Unterhaltsanspruch von Bedeutung ist.

Der Arzt ist dem Leistungsträger im Einzelfall zur Auskunft verpflichtet, wenn eine solche Auskunft gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene eingewilligt hat.

30 Das SGB X enthält verschiedene Vorschriften, die die Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander regeln für den Fall, dass anstelle des letztlich verpflichteten Leistungsträgers ein anderer Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat. Des Weiteren finden sich im dritten Kapitel Regelungen zu den Ansprüchen der Leistungsträger gegen den Arbeitgeber und gegen Personen, die sich gegenüber einem Sozialleistungsempfänger schadenersatzpflichtig gemacht haben.

31 Hat ein Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, weil ein Arbeitgeber seiner Verpflichtung zur Zahlung von Arbeitsentgelt nicht nachgekommen ist, so geht der Entgeltanspruch des Arbeitnehmers bis zur Höhe der erbrachten Sozialleistung auf den Leistungsträger über.

32 Einen gesetzlichen Anspruchsübergang sieht das Gesetz auch für Schadenersatzansprüche eines Leistungsempfängers vor, so weit ein Sozialversicherungs- oder Sozialhilfeträger aufgrund eines schädigenden Ereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, z. B. Krankenbehandlung oder Krankengeld anlässlich eines Verkehrsunfalls. Ausgeschlossen ist jedoch der Übergang von Schadenersatzansprüchen, die sich gegen Familienangehörige richten, die mit dem Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft leben, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich herbeigeführt.

In den Fällen, in denen der Schadenersatzanspruch aus Rechtsgründen zur Deckung des Gesamtschadens

nicht ausreicht, z. B. bei einer Haftungsbegrenzung auf bestimmte Höchstsummen nach dem Straßenverkehrsgesetz, findet ein Forderungsübergang nur insoweit statt, als der Schadenersatzanspruch nicht zum Ausgleich des Schadens des Geschädigten oder seiner Hinterbliebenen erforderlich ist. Der Geschädigte darf also zuerst seine noch offenen Schadenersatzansprüche befriedigen; so weit dann noch ein Restanspruch verbleibt, geht dieser auf den Sozialleistungsträger über (so genanntes Quotenvorrecht des Geschädigten). Bei einer Anspruchsminderung wegen Mitverschuldens oder Mitverantwortlichkeit des Geschädigten findet jedoch nur ein anteiliger Forderungsübergang entsprechend der Haftungsquote des Schädigers statt. Der Restbetrag verbleibt beim Geschädigten, es sei denn die Sozialleistungen decken den Schaden voll ab.

Vorrang haben die Ansprüche des Geschädigten und seiner Hinterbliebenen gegenüber den übergebenen Ansprüchen auch in den Fällen, in denen der Durchsetzung des Anspruchs gegen den Schädiger tatsächliche Hindernisse, z. B. Zahlungsunfähigkeit des Schädigers, entgegenstehen.

## Datenschutz

### Prinzipien des Sozialdatenschutzes

33 Die Gewährleistung sozialer Rechte durch die sozialen Sicherungssysteme ist ohne den Umgang mit personenbezogenen Daten (Sozialdaten) der betroffenen Bürger nicht denkbar. Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von oftmals hochsensiblen Daten der Betroffenen, bspw. über ihren Gesundheitszustand, ist allerdings grundsätzlich als Eingriff in das verfassungsrechtlich garantierte Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung zu bewerten, der zur Rechtfertigung einer gesetzlichen Grundlage bedarf, die dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen muss (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt). Der Schutz personenbezogener Daten ist außerdem von zwei zentralen Prinzipien geprägt, die durchgehend ihren Niederschlag in der Vielzahl datenschutzrechtlicher Vorschriften gefunden haben: Daten über Personen dürfen grundsätzlich nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der verantwortlichen Stelle erforderlich ist. Diese strengen Anforderungen gelten prinzipiell dann nicht, wenn der Betroffene

vorher in den Umgang mit seinen Daten im Einzelnen eingewilligt hat. Dabei ist aber umgekehrt zu berücksichtigen, dass Sozialleistungen ein Gesamtleistungsgefüge darstellen und einzelne Träger zu ihrer Aufgabenerfüllung auf Sozialdaten bei anderen Trägern angewiesen sind. Der Föderalismus bzw. die Infrastruktur im Hinblick auf die Sozialleistungsträger darf nicht zu Informationsdefiziten führen. Dieser Gedanke der informationellen Einheit der sozialen Sicherung kommt in § 67 c Abs. 2 Nr. 1 und § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGBX zum Ausdruck. Diesen Gedanken hat das Bundesverfassungsgericht in seinem berühmten Volkszählungsurteil folgendermaßen beschrieben: „Grundsätzlich muss der Einzelne Einschränkungen seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung im überwiegenden Allgemeininteresse hinnehmen“ (BVerfGE 65, 1, 43 ff).

34 Mit den Vorschriften über das Sozialgeheimnis in § 35 SGB I, über den Sozialdatenschutz im 2. Kapitel des SGB X (§§ 67 bis 85a) sowie den ergänzenden datenschutzrechtlichen Sondervorschriften in den einzelnen Büchern des SGB ist der Gesetzgeber der verfassungsrechtlichen Vorgabe nachgekommen, gesetzliche Regelungen über den Schutz von Sozialdaten, als besonders schutzwürdige personenbezogene Daten, aufzustellen, die ein hohes Schutzniveau gewährleisten. Sie gelten für die automatisierte und nicht automatisierte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten gleichermaßen, es sei denn das Gesetz sieht, wie bspw. in der Anlage zu § 78a SGB X geschehen, Ausnahmen von diesem Grundsatz vor. Die Vorschriften über den Sozialdatenschutz im SGB lassen für Sozialdaten den Rückgriff auf Vorschriften anderer Gesetze zum Datenschutz, insbesondere des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), nur zu, wenn sie auf diese verweisen. In Anbetracht der inhaltlichen Überschneidungen mit dem allgemeinen Datenschutzrecht hat sich der Gesetzgeber aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit für ein eigenständiges und in sich abgeschlossenes Sozialdatenschutzrecht entschieden.

35 Nach § 35 SGB I hat jeder Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 SGB X) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis). Die Vorschriften über das Sozialgeheimnis und den Sozialdatenschutz gelten unabhängig davon, ob das SGB von Bundes- oder Landesbehörden angewandt wird.

36 Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person, die von einer in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem SGB erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (§ 67 Abs. 1 SGB X). Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse stehen von Gesetzes wegen Sozialdaten gleich (§ 35 Abs. 4 SGB I).

37 Grundlegend ist daher die Feststellung, wann und unter welchen Voraussetzungen Angaben über sachliche oder persönliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zu Sozialdaten werden. Erstens fallen in den Schutzbereich der Regelungen über Sozialdaten nur solche Daten, die eine Stelle erhebt, verarbeitet oder nutzt, die in § 35 Abs. 1 SGB I benannt ist (Leistungsträger, Verbände der Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger und ihrer Verbände, Künstlersozialkasse, Deutsche Post AG, Behörden der Zollverwaltung und andere). Zweitens muss es sich um Daten handeln, die zur Erfüllung von Aufgaben nach dem SGB dienen. Deshalb sind Daten der Beschäftigten der Sozialleistungsträger, der für die Leistungsträger ehrenamtlich Tätigen, der Vertragspartner der Leistungsträger und der Leistungserbringer (z. B. Kassenärzte) keine Sozialdaten, da sie nur zu eigenen verwaltungsinternen Zwecken verwendet werden und nicht der Aufgabenerfüllung nach dem SGB im Verhältnis zum Bürger dienen. Für solche personenbezogenen Daten gilt das Bundesdatenschutzgesetz. Daten verlieren ihren Charakter als Sozialdaten, wenn sie anonymisiert oder pseudonymisiert werden und damit einer bestimmten oder bestimmbarer Person nicht mehr oder nur noch mit erheblichem Aufwand zugeordnet werden können (vgl. im Einzelnen §§ 67 Abs. 8 und 8a, 78a SGB X zum Begriff und zur Bedeutung der Anonymisierung und Pseudonymisierung von Sozialdaten).

38 Der bereichsspezifische Schutz von Sozialdaten im SGB I und SGB X ist mit Wirkung zum 23.05.2001 durch das Gesetz zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes und anderer Gesetze (BGBl. I S. 904 ff) an die europarechtlichen Vorgaben der Richtlinie 95/46/EG vom 24.10.1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (EG-Datenschutzrichtlinie) angepasst worden. Durch die europarechtlichen Vorgaben sind die Anforderungen an den Datenschutz u. a. in Hinblick auf den Umgang mit den in § 67 Abs. 12 SGB X genannten besonde-

ren Arten personenbezogener Daten über Gesundheit, Sexualeben, etc. und die notwendigen technisch-organisatorischen Vorkehrungen etwa zur Datenvermeidung und Datensparsamkeit (§ 78b SGB X) und zum Datenschutzaudit (§ 78c SGB X) erweitert und präzisiert worden (vgl. hierzu Steinbach, Die Umsetzung der EG-Richtlinie Datenschutz im Sozialgesetzbuch, NZS 2002, 15 ff).

39 Im Mittelpunkt des Sozialdatenschutzrechts stehen die §§ 67 – 85a SGB X, die sich strukturell wie folgt gliedern: Den Begriffsbestimmungen in § 67 SGB X folgen in den §§ 67a und 67b SGB X grundsätzliche Regelungen zur Erhebung von Sozialdaten (§ 67a SGB X) und zur Zulässigkeit der Datenverarbeitung oder -nutzung (§ 67b SGB X). Danach ist die Verarbeitung von Sozialdaten oder deren Nutzung nur zulässig, soweit die nachfolgenden Vorschriften der §§ 67c ff SGB X oder eine andere Rechtsvorschrift im SGB es erlauben oder anordnen oder soweit der Betroffene eingewilligt hat. Von herausgehobener praktischer Bedeutung sind vor allem die §§ 67d – 78 SGB X: Sie regeln die Übermittlung von Sozialdaten nicht nur zwischen den in § 35 Abs. 1 SGB X genannten Stellen, sondern auch zu sonstigen Stellen, bspw. Forschungseinrichtungen. Die §§ 78 – 80 SGB X treffen Vorgaben zu technisch-organisatorischen Maßnahmen des Schutzes von Sozialdaten, u. a. im Rahmen von automatisierten Abrufverfahren und der Auftragsdatenverarbeitung. Die §§ 81 – 85a SGB X regeln die Aufsicht über den Sozialdatenschutz, Rechte des einzelnen Betroffenen sowie Bußgeld- und Straftatbestände bei datenschutzrechtlichen Verstößen.

### Datenerhebung

40 Die Erhebung von Sozialdaten ist nur zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach dem SGB erforderlich ist (§ 67a Abs. 1 SGB X). Die Sozialdaten sind grundsätzlich beim Betroffenen zu erheben (§ 67a Abs. 2 SGB X). Es gibt jedoch wichtige Ausnahmen: So ist bspw. eine Erhebung bei anderen in § 35 SGB I oder in § 69 Abs. 2 SGB X genannten Stellen zulässig, wenn diese Stelle zur Übermittlung dieser Daten befugt ist, die Erhebung unmittelbar beim Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und für die Verletzung schutzwürdiger Belange des Betroffenen durch die Erhebung bei den anderen Stellen keine Anhaltspunkte bestehen (§ 67a Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

## Datenspeicherung, -veränderung oder -nutzung

41 Die Speicherung, Veränderung oder Nutzung von Sozialdaten durch die in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stellen ist zulässig, wenn es zur Erfüllung der in der Zuständigkeit der verantwortlichen Stelle liegenden gesetzlichen Aufgaben nach dem SGB erforderlich ist und für die Zwecke erfolgt, für die die Daten erhoben worden sind (§ 67c Abs. 1 SGB X). Auf die enge Bindung an den Erhebungszweck wird jedoch verzichtet, wenn die Daten für die Erfüllung von Aufgaben nach anderen Vorschriften des SGB als denjenigen, für die sie erhoben wurden, erforderlich ist (§ 67c Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

## Datenübermittlung

42 Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur zulässig, wenn der Betroffene eingewilligt hat (§ 67b Abs. 1 SGB X) oder wenn eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68 bis 77 SGB X oder nach einer anderen Rechtsvorschrift des Sozialgesetzbuchs vorliegt (§ 67d Abs. 1 SGB X). Übermitteln ist das Bekannt geben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Sozialdaten an einen Dritten in der Weise, dass die Daten an den Dritten weitergegeben werden oder der Dritte zur Einsicht oder zum Abruf bereitgehaltene Daten einsieht oder abrufen (§ 67 Abs. 6 Nr. 3 SGB X). Dritter ist jede Person oder Stelle außerhalb der verantwortlichen Stelle (§ 67 Abs. 10 SGB X). Verantwortliche Stelle ist jede Person oder Stelle, die Sozialdaten für sich selbst erhebt, verarbeitet oder nutzt oder dies durch andere im Auftrag vornehmen lässt (§ 67 Abs. 1 SGB X). Werden Sozialdaten von einem Leistungsträger im Sinne des § 12 SGB I erhoben, verarbeitet oder genutzt, ist verantwortliche Stelle der Leistungsträger.

43 Deshalb liegt keine Übermittlung, sondern Nutzung von Sozialdaten im Rechtssinne vor, wenn mit diesen innerhalb der Verwaltung eines Leistungsträgers umgegangen wird. Denn Nutzen ist jede Verwendung von Sozialdaten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt, auch die Weitergabe innerhalb der verantwortlichen Stelle (§ 67 Abs. 7 SGB X). Allerdings ist auch innerhalb eines Leistungsträgers sicherzustellen, dass Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind und nur an diese weitergegeben werden (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Es handelt sich hierbei um den so genannten internen Sozialdatenschutz.

44 Aus § 78 Abs. 1 Satz 2 SGB X kann der Grundsatz abgeleitet werden, dass Sozialdaten ihren besonders

schutzwürdigen Charakter nicht dadurch verlieren, dass sie an Dritte übermittelt werden: Selbst wenn der Dritte keine Stelle im Sinne des § 35 Abs. 1 SGB I ist, hat er die Daten in demselben Umfang und mit denselben Vorkehrungen geheim zu halten, wie die in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stellen. Schließlich ist als Prinzip der Übermittlung von Sozialdaten festzuhalten, dass Datenübermittlungen, die nach den §§ 68 bis 75 SGB X an sich zulässig wären, rechtlichen Beschränkungen unterliegen, wenn es sich um Gesundheitsdaten (vgl. nur § 76 SGB X) handelt oder die Übermittlungen in das außereuropäische Ausland (§ 77 SGB X) erfolgen sollen. Bei der Übermittlung ins außereuropäische Ausland spielt die Bewertung des Datenschutzniveaus des Empfängerstaates eine zentrale und zugleich schwierige Rolle.

45 Die §§ 68 – 77 SGB X sehen folgende Regelungen für die Datenübermittlung vor:

- Übermittlung bestimmter enumerativ genannter Angaben wie z. B. Name oder Anschrift für Aufgaben der Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften und andere (§ 68 SGB X),
- Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben (§ 69 SGB X),
- Übermittlung für die Durchführung des Arbeitsschutzes (§ 70 SGB X),
- Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Aufgaben und Mitteilungsbefugnisse (§ 71 SGB X),
- Übermittlung bestimmter enumerativ genannter Angaben wie z. B. Name oder Anschrift für den Schutz der inneren und äußeren Sicherheit (§ 72 SGB X),
- Übermittlung für die Durchführung eines Strafverfahrens (§ 73 SGB X),
- Übermittlung bei Verletzung der Unterhaltungspflicht und beim Versorgungsausgleich (§ 74 SGB X),
- Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung (§ 75 SGB X) sowie
- Übermittlung ins Ausland und an über- oder zwischenstaatliche Stellen (§ 77 SGB X).

46 Eine Rechtsvorschrift außerhalb des SGB rechtfertigt dagegen die Übermittlung nicht. Nach § 67d Abs. 1 SGB X ist eine Übermittlung von Sozialdaten



nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis nach den §§ 68 bis 77 SGB X oder nach einer anderen Rechtsvorschrift im Sozialgesetzbuch vorliegt. Die Befugnis zur Übermittlung von Sozialdaten bedeutet allerdings nicht automatisch, dass der Leistungsträger verpflichtet wäre, die Daten zu übermitteln. Eine Übermittlungspflicht ergibt sich nicht aus den §§ 68 ff SGB X, sondern muss sich aus anderen Rechtsvorschriften, wie bspw. über die Amtshilfe gemäß §§ 3 ff SGB X, ergeben.

47 Besondere praktische Bedeutung kommt der Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben nach § 69 SGB X zu. Betroffen ist der häufigste Fall der Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit der gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Leistungsträger und der Durchführung von Verfahren nach dem SGB. § 69 SGB X lässt nicht nur die Übermittlung im Einzelfall, sondern auch regelmäßige Datenübermittlungen zu, ohne dass eine besondere gesetzliche Ermächtigungsgrundlage erforderlich wäre. Im Einzelnen werden folgende Voraussetzungen für die Übermittlung nach § 69 Abs. 1 SGB X aufgestellt:

- Die Übermittlung von Sozialdaten ist erforderlich für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind, oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach dem SGB (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 1 und 2, Abs. 2 SGB X), unabhängig davon, welche Stelle Empfänger der Daten ist.

#### Beispiele:

(1) Holt ein Leistungsträger notwendige Auskünfte bei einem anderen Leistungsträger ein, darf er zu diesem Zweck die Daten übermitteln, die die ersuchte Stelle zur sachgemäßen Erteilung der Auskunft benötigt.

(2) Will ein Leistungsträger die Strafverfolgung etwa wegen Betrugs zu Lasten der Sozialversicherung oder wegen Vorenthaltung und Veruntreuung von Arbeitsentgelten einleiten, rechtfertigt dies die Übermittlung der Sozialdaten an die Strafverfolgungsbehörden.

- Die Übermittlung ist erforderlich für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe des Empfängers (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 3 SGB X), der eine in § 35 SGB I genannte Stelle ist. Die Übermittlung dient zwar nicht der Aufgabenerfüllung der übermit-

telnden Stelle, dafür muss der Empfänger aber zwingend eine Stelle sein, die ihrerseits an das Sozialgeheimnis gebunden ist.

#### Beispiel:

Eine Berufsgenossenschaft teilt einem Rentenversicherungsträger Angaben zu einer Verletztenrente mit, damit dieser prüfen kann, ob und ggf. in welcher Höhe Leistungen der Rentenversicherung nach § 93 SGB VI angerechnet werden dürfen.

- Die Übermittlung ist für die Richtigstellung unwahrer Tatsachenbehauptungen des Betroffenen im Zusammenhang mit einem Verfahren über die Erbringung von Sozialleistungen erforderlich (§ 69 Abs. 1 Nr. 3 SGB X). In diesem Fall bedarf die Übermittlung der Genehmigung durch die zuständige oberste Bundes- oder Landesbehörde.

48 § 69 Abs. 2 SGB X stellt der Datenübermittlung an die in § 35 SGB I genannten Stellen die Übermittlung an drei weitere Adressatenkreise gleich:

- Bestimmte staatliche Stellen, die außerhalb des SGB sozialorientierte Leistungen (z. B. nach dem Beamtenversorgungsgesetz) zu erbringen haben,
- Gemeinsame Einrichtungen der Tarifvertragsparteien, die Zusatzversorgungseinrichtungen des öffentlichen Dienstes und die öffentlich-rechtlichen Zusatzversorgungseinrichtungen und
- Bezügestellen des öffentlichen Dienstes, soweit sie kindergeldabhängige Leistungen festzusetzen haben.

49 Von Gewicht ist ferner die Übermittlung von Sozialdaten zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (§ 71 SGB X). Geregelt ist die Datenübermittlung zur Erfüllung von Mitteilungspflichten

- zur Abwendung geplanter schwerer Straftaten,
- zum Schutz vor bestimmten übertragbaren Krankheiten und Geschlechtskrankheiten,
- gegenüber der Finanzverwaltung aus bestimmten abgabenrechtlichen Gründen,
- zur Wehrüberwachung,
- zur Überprüfung von bestimmten Voraussetzungen nach dem Wohngeldgesetz,



- zur Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung,
- zur Mitteilung einzutragender Tatsachen an das Gewerbezentralregister,
- zur Erfüllung der Aufgaben der statistischen Ämter der Länder und des Statistischen Bundesamtes zum Aufbau und zur Führung des Statistikregisters
- zur Aktualisierung des Betriebsregisters nach dem Agrarstatistikgesetz
- zur Erfüllung der Aufgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund, soweit sie als zentrale Stelle Aufgaben nach dem Einkommensteuergesetz wahrnimmt und
- zur Erfüllung der Aufgaben der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See/Verwaltungsstelle Cottbus, soweit sie bei geringfügig Beschäftigten Aufgaben nach dem Einkommensteuergesetz durchführt.

50 Mitteilungen der in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stellen sind ferner nach § 71 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2, 2a und Abs. 3 SGB X zulässig, sofern sie erforderlich sind,

- zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten zur Sicherung und Nutzung von Archivgut,
- zur Korrektur des Melderegisters bei den Meldebehörden,
- zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben des Ausländerrechts,
- zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes und
- zum Erlass von Maßnahmen in Betreuungssachen durch das Vormundschaftsgericht.

51 Die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung an Dritte bedarf der Genehmigung durch die oberste Bundes- oder Landesbehörde, die für den Bereich, aus dem die Daten herrühren, zuständig ist (§ 75 Abs. 2 SGB X). Wegen der vom Gesetzgeber getroffenen Abwägung zwischen der Wahrung des Sozialdatenschutzes einerseits und der Förderung der Wissenschafts- und Forschungsfreiheit andererseits darf eine Genehmigung nur aus den in § 75 Abs. 1 SGB X genannten Gründen versagt

werden. Die Genehmigung ist u. a. zu versagen, wenn schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt würden oder das öffentliche Interesse an der Forschung oder Planung das Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen nicht erheblich überwiegen würde.

52 Weitere wichtige Übermittlungstatbestände beinhalten wegen steigender Kriminalitätsraten und der Bedrohung durch den internationalen Terrorismus schließlich die §§ 68, 72, 73 SGB X, die unter eng begrenzten Voraussetzungen die Übermittlung von Sozialdaten an Sicherheitsbehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte zulassen. § 68 Abs. 3 SGB X lässt nunmehr auch eine Übermittlung von bestimmten Sozialdaten zur Durchführung einer nach Landes- oder Bundesrecht zulässigen Rasterfahndung zu. Die Übermittlung von Sozialdaten muss jedoch zu diesem Zweck erforderlich sein.

### **Nutzungsbeschränkung beim Datenempfänger**

53 Das hohe Schutzniveau zur Gewährleistung des Sozialgeheimnisses bei der Übermittlung von Sozialdaten wird nicht nur durch Regelungen in den §§ 67d – 77 SGB X zur Zulässigkeit der Übermittlung, sondern auch zur Zweckbindung und Geheimhaltungspflicht des Dritten, an den die Daten übermittelt worden sind, sichergestellt (§ 78 SGB X). Der Datenempfänger darf die Daten nur zu dem Zweck verwenden oder weiter übermitteln, zu dem sie ihm selbst befugt übermittelt worden sind. Werden Daten an eine nicht-öffentliche Stelle übermittelt, so sind die dort beschäftigten Personen, welche diese Daten verarbeiten, von dieser Stelle vor, spätestens bei der Übermittlung auf die Einhaltung der Pflichten zur Wahrung des Sozialgeheimnisses hinzuweisen. Die Datenempfänger haben ihre Beschäftigten auf diese Beschränkungen hinzuweisen. § 78 Abs. 1 und 3 SGB X sieht zugunsten bestimmter öffentlicher Stellen, die Aufgaben der Gefahrenabwehr und der Strafverfolgung zu erfüllen haben, Lockerungen der ansonsten strikten Zweckbindung und Geheimhaltungspflicht auf Seiten des Datenempfängers vor.

### **Technisch-organisatorische Vorkehrungen zum Schutz von Sozialdaten**

54 Technisch-organisatorische Vorkehrungen zum Schutz von Sozialdaten spielen angesichts immer komplexerer Datenverarbeitungsprozesse unter Einsatz neuer Formen des Datenaustauschs und

der Telekommunikation eine zentrale Rolle. Die in § 35 SGB I genannten Stellen, die selbst oder im Auftrag Sozialdaten erheben, verarbeiten oder nutzen, haben die technisch-organisatorischen Vorkehrungen einschließlich der Dienstanweisungen zu treffen, die erforderlich sind, um die Umsetzung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des SGB, insbesondere die in der Anlage zu § 78a SGB X genannten Anforderungen an den Sozialdatenschutz (Zutrittskontrolle, Zugangskontrolle, Zugriffskontrolle, Weitergabekontrolle, Eingabekontrolle, Auftragskontrolle, Verfügbarkeitskontrolle und Trennungsgebot), praxisgerecht zu gewährleisten. Die Vorgaben des § 78a SGB X gelten nicht nur im Hinblick auf den Umgang mit automatisierten Daten, sondern auch für manuell verarbeitete Daten bspw. in Akten. Dagegen sind die Vorgaben in der Anlage zu § 78a SGB X ausdrücklich nur für die automatisierte Datenverarbeitung zu beachten. Ausgehend von der EG-Datenschutzrichtlinie 95/46/EG hat der Gesetzgeber dem technisch-organisatorischen Datenschutz außerdem durch die neuen Bestimmungen zum Gebot der Datenvermeidung und Datensparsamkeit sowie zum Datenschutzaudit (§§ 78b und 78c SGB X) einen weiteren Impuls verliehen.

55 Die automatisierte Verarbeitung von Sozialdaten birgt besondere Gefahren des Datenmissbrauchs in sich, insbesondere wenn ein Dritter ohne weitere Beschränkungen durch Abruf auf größere Datensammlungen zugreifen kann. Diese prinzipielle Gefahr hat schon das Bundesverfassungsgericht in seinem Volkszählungsurteil gesehen (BVerfGE 65, 1 42 ff). Deshalb ist die Einrichtung eines automatisierten Verfahrens, das die Übermittlung von Sozialdaten an Dritte durch Abruf ermöglicht, zwischen den in § 35 Abs. 1 SGB X genannten Stellen nur zulässig, soweit dieses Verfahren unter Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der Betroffenen wegen der Vielzahl der Übermittlungen oder wegen ihrer besonderen Eilbedürftigkeit angemessen ist und wenn die jeweiligen Aufsichtsbehörden die Teilnahme der unter ihrer Aufsicht stehenden Stellen genehmigt haben.

#### Beispiel:

Abrufverfahren gem. § 150 Abs. 5 SGBVI im Hinblick auf Dateien der Datenstelle der Rentenversicherung. Die allgemeinen Voraussetzungen solcher Abrufe sind in § 79 SGBXI geregelt.

56 Die Optimierung der sozialen Sicherungssysteme verlangt angesichts zunehmender Aufgaben und gestiegener Ansprüche der Bürger und des Staates auf effektive Verwaltungsleistungen nach einer arbeitsteiligen Verwaltungswirtschaft sowie der Vergabe von Leistungen an die Privatwirtschaft auch auf dem Gebiet der Datenverarbeitung. § 80 SGB X legt fest, unter welchen Voraussetzungen die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten im Auftrag zulässig ist. Datenverarbeitung im Auftrag ist von besonderen Zulässigkeitsvoraussetzungen abhängig, weil von ihr grundsätzliche Gefahren für die Wahrung des Sozialgeheimnisses wegen der Einschaltung Dritter ausgehen, und löst strenge Überwachungspflichten des Auftraggebers aus (§ 80 Abs. 2 SGB X). § 80 Abs. 5 SGB X lässt darüber hinaus die Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag durch nicht-öffentliche Stellen nur im Ausnahmefall zu, wenn beim Auftraggeber sonst Störungen im Betriebsablauf auftreten würden oder die übertragenen Arbeiten beim Auftragnehmer erheblich kostengünstiger besorgt werden können und der Auftrag nicht zur Verlagerung des überwiegenden Teils des Datenbestandes auf den nicht-öffentlichen Auftragnehmer führt.

#### Datenschutzaufsicht und Rechte des Betroffenen

57 Die Datenschutzaufsicht über die in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stellen obliegt dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz, soweit es sich um Stellen des Bundes handelt, im Übrigen den Landesbeauftragten für den Datenschutz (§ 81 Abs. 2 SGB X).

Außerdem haben die in § 35 SGB I genannten Stellen interne Beauftragte für den Datenschutz zu bestellen (§ 81 Abs. 4 SGB X in Verbindung mit §§ 4f, 4g BDSG).

58 Aus dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung folgt, dass dem betroffenen Bürger weit reichende Rechte gegenüber den Stellen einzuräumen sind, die über seine Daten verfügen. Die datenschutzrechtlichen Kontroll-, Sanktions-, und Teilhaberechte des Betroffenen erstrecken sich auf

- das Recht, sich an den Datenschutzbeauftragten zu wenden (§ 81 Abs. 1 SGB X),
- Ansprüche auf Schadensersatz geltend zu machen (§ 82 SGB X),
- Auskunft über die zu seiner Person verarbeiteten Sozialdaten zu fordern (§ 83 SGB X),

- Berichtigung, Löschung und Sperrung unrichtiger oder unbefugt erhobener Sozialdaten zu verlangen (§ 84 SGB X) und
- unter bestimmten Voraussetzungen Widerspruch gegen die automatisierte Verarbeitung seiner Sozialdaten zu erheben (§ 84 Abs. 1a SGB X in Verbindung mit § 20 Abs. 5 BDSG).
- §§ 18f, 18g, 28p, 28q SGB IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung),
- §§ 275 bis 277, 306, 284 bis 305 SGB V, sowie den besonderen Vorschriften über Gesundheitskarte (§ 291a SGBV) und Datentransparenz (§§ 303a ff SGBV) (Gesetzliche Krankenversicherung),
- §§ 145 bis 152 SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung),
- §§ 199 bis 208 SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung),
- §§ 61 bis 68 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe),
- §§ 10, 13, 21 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen),
- §§ 93 bis 108 SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) und
- § 118 SGB XII (Datenabgleiche zwischen Sozialhilfeträgern und gegenüber den verschiedenen Sozialversicherungsträgern).

### **Sozialdatenschutzrechtliche Sondervorschriften**

59 Ergänzend zu den Vorschriften über das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) und den allgemeinen Vorschriften zum Schutz von Sozialdaten (§§ 67 – 85a SGB X) gibt es bereichsspezifische sozialdatenschutzrechtliche Sondervorschriften in den einzelnen Büchern des SGB, zu denen insbesondere die folgenden zählen:

- §§ 50 - 52 SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende
- §§ 42, 282, 282a, 289, 298, 306, 308, 402, 403 SGB III (Arbeitsförderung),



# 11

## Sozialgesetzbuch - 11. Buch Pflegeversicherung

### Historische Bedeutung

Das Jahr 1994 ist in die deutsche Sozialgeschichte eingegangen. In diesem Jahr wurde die 5. Säule im System der Sozialversicherung geschaffen: Die gesetzliche Pflegeversicherung als Elftes Buch des Sozialgesetzbuches. Damit wurde eine Entwicklung zu einem vorläufigen Abschluss gebracht, die vor mehr als hundert Jahren mit der Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung ihren Anfang genommen hat:

1883 – die gesetzliche Krankenversicherung,

1884 – die gesetzliche Unfallversicherung,

1889 – die Invaliditäts- und Altersversicherung  
(heute Rentenversicherung),

1927 – die Arbeitslosenversicherung.

Das waren bisher die Meilensteine für die Entwicklung des Sozialstaates Deutschland. Dieses mehr als hundert Jahre bewährte System hat entscheidend zum sozialen Frieden in unserem Land beigetragen. Das System der sozialen Sicherung hat die Marktwirtschaft zur sozialen Marktwirtschaft weiterentwickelt. Es ist zu einem konstitutiven Element unserer heutigen Gesellschaft geworden.

### Umbau des Sozialstaates

Neben ihrer Bedeutung als fünfte Säule der Sozialversicherung hat die Pflegeversicherung mit einer weiteren Neuerung aufzuwarten. Erstmals wurde hier der Grundsatz vom Umbau des Sozialstaates praktiziert. Es herrschte Einigkeit darüber, dass bei den Lohnzusatzkosten die Belastungsgrenze erreicht sei, sollte nicht die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft gefährdet werden und Arbeitsplätze verloren gehen. Deshalb wurde es als notwendig angesehen, für die aus den Arbeitgeberbeiträgen zur Pflegeversicherung entstehenden Belastungen der Wirtschaft einen Ausgleich zu schaffen. Das Schlagwort von der Kompensation hat die Diskussion um die Pflegever-

sicherung von Anfang an begleitet und sie zeitweise sogar in den Schatten gestellt. Am Ende aber war der Grundsatz allgemein akzeptiert und in der Abschaffung eines Feiertages auch eine tragfähige Lösung gefunden.

### Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit vor Einführung der Pflegeversicherung

3 Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Pflegebedürftigkeit ist danach zu unterscheiden von Krankheit und Behinderung. Nicht jeder Kranke oder jeder Behinderte ist pflegebedürftig; aber jeder Pflegebedürftige ist entweder krank oder behindert.

Derzeit erhalten rd. 2 Mio. Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Der größte Teil dieses Personenkreises, nämlich rd. 1,7 Mio ist über 60 Jahre alt. Pflegebedürftigkeit ist aber nicht nur eine Frage des Alters. Auch junge Menschen können pflegebedürftig werden:

- ca. 162.000 Pflegebedürftige sind zwischen 40 und 60 Jahre alt,
- ca. 193.000 Pflegebedürftige sind jünger als 40 Jahre.

Rd. 1,4 Mio. Pflegebedürftige werden zu Hause in den Familien von Angehörigen, Nachbarn oder durch ambulante Pflegedienste betreut; etwa 670.000 pflegebedürftige Personen werden stationär in Pflegeheimen oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgt (jeweils Soziale und Private Pflegeversicherung zusammen).

Obwohl Pflegebedürftigkeit ebenso wie Krankheit und Behinderung seit alters her bekannt war, ist

dieses soziale Risiko erst aufgrund steigender Lebenserwartung breiter Bevölkerungsschichten und gleichzeitig sich ändernder Familienstrukturen auch quantitativ bedeutsam und damit als soziales Problem erkannt worden.

Durch den weiteren Anstieg der Lebenserwartung, die weiterhin unzureichende Geburtenzahl, steigende Berufstätigkeit der Frauen, den anhaltenden Trend zur Kleinfamilie und durch die im Erwerbsleben notwendige Mobilität wird sich die Pflegeproblematik künftig weiter verschärfen. Einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen wird eine abnehmende Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit in den Familien gegenüberstehen. Die Anzahl älterer Personen (60 Jahre und älter) wird allein in diesem Jahrzehnt von 2001 bis zum Jahr 2010 um 1,4 Mio. Menschen von 19,9 auf 21,3 Mio. Menschen = rd. 26% der Gesamtbevölkerung (rd. 83 Mio. Einwohner) ansteigen. Dem entspricht ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung von 1,84 Mio. auf etwa 2,18 Mio.

4 Die Antwort der Gesellschaft auf Pflegebedürftigkeit bestand in der Regel in der Gewährung von Sozialhilfeleistungen. Dies gilt jedenfalls für die stationäre Versorgung. Abgesehen von einigen Spezialgesetzen, bspw. dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung, war Pflegebedürftigkeit vor Einführung der Pflegeversicherung nicht oder nur unzureichend als sozialversicherungsrechtlicher Leistungstatbestand anerkannt. Das bedeutete, dass die große Zahl der Pflegebedürftigen und ihre Familien zunächst einmal auf sich allein angewiesen waren. Sie mussten für die Folgen und die Kosten der Pflegebedürftigkeit selbst eintreten. Nur so weit die finanziellen Kräfte der Betroffenen überfordert waren, trat die Sozialhilfe ein.

Die regelmäßige Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen insbesondere bei stationärer Pflege wurde von den Pflegebedürftigen, die häufig auf ein volles Berufsleben zurückblicken konnten, 45 Jahre lang Steuern gezahlt und Beiträge entrichtet hatten, als demütigend empfunden, vor allem wegen der Heranziehung der Kinder zu den Kosten der stationären Pflege. Die Renten verloren hier ihre übliche Sicherungsfunktion. Die Rentner wurden im Pflegefall denjenigen gleich gestellt, die niemals Beiträge gezahlt haben.

5 Vor diesem Hintergrund bestand in Deutschland eine breite politische Übereinstimmung darin, dass

die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien unbefriedigend war und dass hier eine grundlegende Änderung eintreten und eine Gesamtlösung des Problems gefunden werden musste. 20 Jahre lang wurde über eine solche Lösung diskutiert. Insgesamt 17 Gesetzentwürfe und Gesetzesanträge sind von den Parteien, den Ländern und von Verbänden vorgelegt und in Bundestag oder Bundesrat eingebracht worden. Sie sind sämtlich gescheitert. Bei der Lösung des Problems ist man in diesen 20 Jahren nicht sehr viel weiter gekommen.

Die soziale Pflegeversicherung war der einzig realistische Weg für eine umfassende und sofortige Lösung. Damit wurde die Absicherung des Pflegerisikos auf eine neue verlässliche Grundlage gestellt. Nicht länger die Sozialhilfe, sondern eine neue Säule der Sozialversicherung steht seit 1995 den Pflegebedürftigen und ihren Familien mit solidarischen Hilfen zur Seite.

## Grundzüge der gesetzlichen Pflegeversicherung

6 Das Konzept der damaligen Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP für eine gesetzliche Pflegeversicherung hat auf dem langen Weg von der Ankündigung in der Regierungserklärung am 30. Januar 1991 bis zur Einigung zwischen Koalition, Opposition und Bundesrat im Vermittlungsausschuss am 10. März 1994 wesentliche Änderungen erfahren. Die Grundzüge der am 29. April 1994 vom Gesetzgeber verabschiedeten Pflegeversicherung stellen sich wie folgt dar:

### Umfassende Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung

7 Die gesetzliche Pflegeversicherung umfasst annähernd die gesamte Bevölkerung, und zwar nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ (§§ 20 ff SGB XI). Danach gibt es nebeneinander die soziale und die private Pflegeversicherung, beide als selbständige Teile der gesetzlichen Pflegeversicherung, beide als Pflichtversicherungen.

In seiner Entscheidung vom 3. April 2001 - 1BvR2014/95 hat das Bundesverfassungsgericht bestätigt, dass der Gesetzgeber mit der Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Versicherungspflicht einen sachgerechten und verfassungsrechtlich zulässigen Weg gegangen ist.



- Der sozialen Pflegeversicherung gehören alle diejenigen an, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (knapp 90% der Bevölkerung). Das gilt sowohl für die Pflichtversicherten als auch für die freiwillig Versicherten; allerdings haben die freiwillig Versicherten ein Wahlrecht zur privaten Pflegeversicherung.
- Der privaten Pflegeversicherung gehören diejenigen an, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) versichert sind (rd. 9% der Bevölkerung); entscheidend ist eine vollwertige private Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankenhausleistungen.
- Beamte erhalten im Pflegefall Leistungen der Beihilfe. Sie müssen sich im Hinblick auf den durch die Beihilfe nicht gedeckten Teil der Pflegekosten dort pflegeversichern, wo sie auch krankenversichert sind – überwiegend in der PKV, zum kleineren Teil als freiwillig Versicherte in der GKV.
- Wer weder der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherung angehört, weil er über Sondersysteme gegen das Krankheitsrisiko abgesichert ist, wird der privaten Pflegeversicherung zugewiesen. Dabei geht es um die Mitglieder der Post- und Bahnbeamtenkrankenkasse und um die so genannten Heilfürsorge-Berechtigten (Angehörige von Grenzschutz, Polizei, Bundeswehr und Feuerwehr).
- Wer überhaupt nicht gegen Krankheit versichert ist, braucht sich auch nicht gegen Pflegebedürftigkeit zu versichern. Die zwangsweise Erfassung dieses Personenkreises und die Überwachung der Beitragszahlung wären mit einem unverhältnismäßig großen Verwaltungsaufwand verbunden.

## Die soziale Pflegeversicherung

8 Die soziale Pflegeversicherung wurde als fünfte Säule der Sozialversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet. D. h.: keine neue Bürokratie, kein eigener Verwaltungsapparat, vielmehr führen die Krankenkassen auch die Geschäfte der Pflegekassen durch. Die Pflegekassen erstatten den Verwaltungsaufwand (§§ 46 ff SGB XI). Die Pflegeversicherung wird im Umlageverfahren über Beiträge finanziert (§§ 54 ff SGB XI); die Versicherten und die Arbeitgeber tragen die Beiträge

je zur Hälfte (Ausnahme Sachsen). Der Beitragssatz betrug zunächst 1%, ab 1. Juli 1996 1,7%; es gilt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (2006 liegt die Grenze bei 3.562,50 Euro monatlich). Die Kinder und der Ehegatte sind beitragsfrei mitversichert, wenn ihr monatliches Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Bereits Pflegebedürftige und Rentner sind ebenfalls verpflichtet Beiträge zu zahlen.

Ab dem 1. Januar 2005 gilt das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. Damit wurde ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt. Dieses hat den Gesetzgeber verpflichtet, die Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Kinderlose Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung zahlen ab 1. Januar 2005 einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten. Mitglieder, die Kinder haben oder gehabt haben, werden also in der Sozialen Pflegeversicherung auf der Beitragsseite relativ besser gestellt als solche ohne Kinder. Kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind (also die im Jahre 2005 über 65-Jährigen), werden von der Zuschlagspflicht ausgenommen. Ausgenommen sind u. a. Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres.

## Die private Pflegeversicherung

9 Die private Pflegeversicherung wird von den privaten Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt. Die Leistungen entsprechen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Für die Beitragsgestaltung gelten im Interesse der Versicherten besondere Bedingungen, vor allem zum Höchstbeitrag, zu Risikozuschlägen und zur Mitversicherung von Angehörigen, aber auch zum Ausschluss von Vorerkrankungen (§§ 110, 111 SGB XI).

Das bedeutet, dass die sonst üblichen Bedingungen einer privaten Krankenversicherung kraft Gesetzes wesentlich verändert worden sind, und zwar im Sinne einer Annäherung an die Prinzipien der sozialen Pflegeversicherung. So sind Kinder bis zum 18. Lebensjahr kostenlos bei den Eltern mitversichert und der nicht erwerbstätige Ehegatte braucht nicht den vollen Beitrag zu entrichten, sondern nur den halben. Der Höchstbeitrag darf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen.

Diese besonderen Bedingungen waren notwendig, weil der Gesetzgeber zum 1. Januar 1995 an die freiwillige private Krankenversicherung die zwingende Pflicht zur privaten Pflegeversicherung geknüpft hat; es lag also insoweit ein besonderes Schutzbedürfnis für die Versicherten vor.

Für alle später der privaten Pflegeversicherung zuwachsenden Mitglieder gelten deshalb die Vorzugsbedingungen nicht mehr in vollem Umfang; denn dieser Personenkreis weiß, auf welche Bedingungen der privaten Pflegeversicherung er sich einlassen muss, wenn er sich zum Eintritt in eine private Krankenversicherung entschließt.

10 Die Prämienhöhe richtet sich nach dem Eintrittsalter der Versicherten und ist unabhängig vom Einkommen. Arbeitnehmer, die Mitglieder einer privaten Pflegeversicherung sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers, und zwar in der Höhe, in der ein Arbeitgeberanteil in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Die beihilfeberechtigten Beamten haben nur einen reduzierten Beitrag zu zahlen, weil sie aus der Versicherung nur verminderte Leistungen erhalten; allerdings tragen die Beamten den Beitrag allein, Zuschüsse des Arbeitgebers gibt es nicht.

### Stufenweises In-Kraft-Treten

11 Die Pflegeversicherung ist stufenweise in Kraft getreten:

- die Beitragszahlung begann am 1. Januar 1995,
- die Leistungen zur häuslichen Pflege haben am 1. April 1995 (1. Stufe) begonnen und
- die Leistungen zur stationären Pflege am 1. Juli 1996 (2. Stufe).

### Begriff der Pflegebedürftigkeit

12 Pflegebedürftig ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer der Hilfe bedarf, und zwar in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14, 15 SGB XI). Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem dadurch bedingten Umfang des Hilfebedarfs werden drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden (Näheres siehe unter „Begriff und Stufen der Pflegebedürftigkeit“).

### Antragstellung, Entscheidung durch die Pflegekasse, Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

13 Die Leistungen der Pflegeversicherung werden von der Pflegekasse auf Antrag gewährt. Die erforderlichen medizinischen Feststellungen zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und zum Schweregrad treffen die Fachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, in erster Linie Ärzte und Pflegekräfte. Gegen ablehnende Entscheidungen der Pflegekasse ist zunächst der Widerspruch und danach die Klage vor den Sozialgerichten zulässig (§ 18 SGB XI).

### Die Leistungen der Pflegeversicherung

14 Es ist zu unterscheiden zwischen Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege, ferner zwischen Sachleistungen und Geldleistungen, sowie zwischen Leistungen an den Pflegebedürftigen selbst und Leistungen an Pflegepersonen.

### Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 36 ff SGB XI)

Die Leistungen in der häuslichen Pflege werden nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt (Pflegestufen I bis III). Derzeit sind in der sozialen Pflegeversicherung

- rd. 746.000 Pflegebedürftige der Pflegestufe I
- rd. 427.000 Pflegebedürftige der Pflegestufe II
- rd. 124.000 Pflegebedürftige der Pflegestufe III zugeordnet.

Die Anspruchsberechtigten können Sachleistungen in Anspruch nehmen. Unter „Sachleistung“ ist die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen einer Pflegeeinrichtung z. B. einer Sozialstation auf Kosten der Pflegeversicherung zu verstehen. Allerdings trägt die Pflegekasse die Kosten nur bis zu den im Gesetz genannten Höchstbeträgen; darüber hinausgehende Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Als Sachleistungen zur Pflege stehen monatlich zur Verfügung

- für erheblich Pflegebedürftige (Stufe I) bis zu 384 Euro,
- für Schwerpflegebedürftige (Stufe II) bis zu 921 Euro,
- für Schwerstpflegebedürftige (Stufe III) bis zu 1.432 Euro, wobei in besonderen Härtefällen

die Sachleistungen bis zu 1.918 Euro betragen können.

Anstelle der Sachleistung kann der Pflegebedürftige im Rahmen der häuslichen Versorgung als Geldleistung das Pflegegeld in Anspruch nehmen; es beträgt monatlich

- für erheblich Pflegebedürftige (Stufe I) 205 Euro,
- für Schwerpflegebedürftige (Stufe II) 410 Euro,
- für Schwerstpflegebedürftige (Stufe III) 665 Euro.

Unter „Geldleistung“ ist die Zahlung des Pflegegeldes von der Pflegekasse an den Pflegebedürftigen zu verstehen; er ist anspruchsberechtigt, nicht der pflegende Angehörige. Es ist Sache des Pflegebedürftigen, das Pflegegeld als Belohnung oder als Entgelt an die Pflegeperson weiterzugeben.

Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch kombiniert in Anspruch genommen werden.

Bei Verhinderung der Pflegeperson übernimmt die Pflegekasse einmal jährlich für bis zu vier Wochen die Kosten einer Ersatzpflegekraft im Wert bis zu 1.432 Euro. Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 SGB XI nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.

Die Pflegekasse übernimmt ferner die Kosten für Pflegehilfsmittel (bspw. Pflegebett, Hebevorrichtung), zahlt Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 2.557 Euro je Maßnahme und bietet unentgeltliche Pflegekurse zur Schulung von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen an.

Pflegebedürftige mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf in häuslicher Pflege erhalten einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro jährlich (§§ 45a, 45b SGB XI).

#### **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI)**

Pflegepersonen sind diejenigen, die einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung nicht er-

werbsmäßig pflegen, also in erster Linie Angehörige oder Nachbarn. Diese Pflegepersonen geben nicht selten wegen der Übernahme der Pflegetätigkeit eine bisher ausgeübte Berufstätigkeit auf, schränken sie ein oder können erst gar nicht berufstätig werden; sie verzichten damit nicht nur auf ein Erwerbseinkommen, sie verlieren auch den Schutz der Rentenversicherung. Für diesen Personenkreis übernimmt die Pflegeversicherung die Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung. Etwa 460.000 Pflegepersonen (Stand: 2003) kommen in den Genuss dieser Leistung.

Außerdem wird die Pflegetätigkeit dieser Personen in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

#### **Kurzzeit- und Tagespflege (§§ 41, 42 SGB XI)**

Die Leistungen bei Kurzzeitpflege betragen bis zu 1.432 Euro, bei Tages- und Nachtpflege bis zu 384 Euro in Stufe I, bis zu 921 Euro in Stufe II und bis zu 1.432 Euro in Stufe III monatlich.

#### **Stationäre Pflege (§ 43 ff SGB XI)**

Derzeit sind in der sozialen Pflegeversicherung

- rd. 245.000 Pflegebedürftige der Pflegestufe I
  - rd. 259.000 Pflegebedürftige der Pflegestufe II
  - rd. 125.000 Pflegebedürftige der Pflegestufe III
- zugeordnet, die vollstationäre Leistungen in Anspruch nehmen.

In der stationären Pflege übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie für einen Übergangszeitraum die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu 1.432 Euro monatlich und zwar als Sachleistung. Für Schwerstpflegebedürftige steht zur Vermeidung von Härtefällen ausnahmsweise bis zu 1.688 Euro monatlich zur Verfügung.

Für einen Übergangszeitraum sind die von den Pflegekassen zu tragenden monatlichen Leistungen pauschal festgelegt. Die Pflegekassen übernehmen danach im Monat für

- Pflegebedürftige der Stufe I 1.023 Euro,
  - Pflegebedürftige der Stufe II 1.279 Euro,
  - Pflegebedürftige der Stufe III 1.432 Euro,
- in Härtefällen 1.688 Euro.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige. Dies gilt auch für die Investitionskosten aufwendungen, soweit diese nicht von der öffentlichen Hand gefördert sind (§ 82 SGB XI).

#### **Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§ 69 SGB XI)**

15 Die Pflegekassen erhalten den Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechenden Pflege. Sie schließen zu diesem Zweck Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Sicherung der fachlichen und menschlichen Qualität der Pflegeleistungen ist eine ständige Aufgabe der Pflegekassen.

#### **Finanzierung der Investitionskosten (§ 82 SGB XI)**

16 Die Finanzierung der Investitionskosten für die Pflegeeinrichtungen obliegt den Ländern (duales Finanzierungssystem); die Einzelheiten hierzu, insbesondere zu Art und Umfang der Finanzierung, werden in Landesgesetzen geregelt. Eine zwingende rechtliche Verpflichtung der Länder zur Übernahme der Investitionskosten konnte im Pflege-Versicherungsgesetz gegen den Widerstand des Bundesrates nicht durchgesetzt werden. Erreicht wurde eine politische Einigung, nach der die Länder die Investitionskosten aus den bei der Sozialhilfe eintretenden Einsparungen finanzieren (vgl. § 9 SGB XI). Die Kosten des laufenden Betriebes der Pflegeeinrichtungen tragen die Pflegekassen; sie vereinbaren dazu mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen die Vergütung in Gestalt von Pflegesätzen.

#### **Anschubfinanzierung Ost (Art. 52 PflegeVG)**

17 Zur Finanzierung des investiven Nachholbedarfs der Pflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern wurden für acht Jahre aus den Haushalten von Bund und Ländern jährlich 409 Mio. Euro bereitgestellt. Insgesamt stand ein Finanzvolumen von rd. 4,5 Mrd. Euro (Bund, Länder, Gemeinden und Eigenmittel der Träger) für die Anschubfinanzierung Ost zur Verfügung. (nähere Ausführungen zur Anschubfinanzierung Ost, vgl. Rdnr. 248).

#### **Auswirkungen auf die Sozialhilfe**

18 Durch die Leistungen der Pflegeversicherung werden die Träger der Sozialhilfe um rd. 6 Mrd.

Euro jährlich entlastet. In der häuslichen Pflege sind nur noch wenige Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen. Die stärkste finanzielle Entlastung der Sozialhilfeträger tritt im Rahmen der stationären Pflege ein.

#### **SGB XI - Änderungsgesetze**

19 Das Gesetz zum In-Kraft-Setzen der 2. Stufe (BGBl. I 1996, S. 718) enthält ausschließlich die notwendigen Regelungen, um die 2. Stufe der Pflegeversicherung in Kraft zu setzen. Weitere Bestimmungen, die für eine möglichst reibungslose Umsetzung der 2. Stufe notwendig waren, enthält das 1. SGB XI ÄndG (BGBl. I 1996, S. 830). Mit diesem Gesetz wurden gleichzeitig Konsequenzen aus den Erfahrungen mit der Umsetzung der 1. Stufe gezogen und klarstellende Regelungen in das Gesetz aufgenommen.

1998 sind das 2. und das 3. SGB XI Änderungsgesetz in Kraft getreten. Das 2. SGB XI ÄndG (BGBl. I 1996, S. 830) enthält Regelungen zur Pflegesatzfähigkeit von Kosten der Ausbildungsvergütung in der Altenpflegeausbildung. Das 3. SGB XI ÄndG (BGBl. I 1998, S. 1229) enthielt die Übergangsregelung zu den Leistungspauschalen in der stationären Pflege.

Am 1. August 1999 ist das 4. SGB XI ÄndG (BGBl. I 1999, S. 1656) mit leistungsrechtlichen Änderungen in Kraft getreten.

Am 1. Januar 2002 wurden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung auf Euro umgestellt (BGBl. I 2001, S. 2702). Zu diesem Termin traten auch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (BGBl. I 2001, S. 2320) und das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (BGBl. I 2001, S. 3728) in Kraft.

Am 1. Januar 2005 trat das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (BGBl. I 2004, S. 3448) in Kraft.

## **Versicherter Personenkreis**

### **Allgemeines**

20 Die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ist an dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ausgerichtet worden. Dies bedeutet: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied ist, wird versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, und zwar bei der Pflegekasse, die bei seiner Krankenkasse errichtet ist.

Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert ist, wird in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Dies hat den Vorteil, dass ein einheitlicher Träger für Pflege- und Krankenversicherung zuständig ist und der mit der Erfassung des versicherungspflichtigen Personenkreises verbundene Melde- und Kontrollaufwand auf ein Minimum reduziert wird.

### **Versicherungspflicht für Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 Abs. 1 SGB XI)**

21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht grundsätzlich für alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Die Versicherungspflichttatbestände des SGB V, des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, des Künstlersozialversicherungsgesetzes sowie des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Tätigkeit werden vollständig für die soziale Pflegeversicherung übernommen. Allerdings führen die Versicherungspflichttatbestände nur dann auch tatsächlich zu einer Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung, wenn im Einzelfall gleichzeitig auch eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Wer z. B. einen Versicherungspflichttatbestand der gesetzlichen Krankenversicherung und damit gleichzeitig auch der sozialen Pflegeversicherung erfüllt, jedoch von einem in der Krankenversicherung eingeräumten Befreiungsrecht Gebrauch macht und zur privaten Krankenversicherung überwechselt, wird nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, sondern in der privaten Pflegeversicherung.

Für Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII tritt eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nur ein, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwillig versichert sind.

### **Versicherungspflicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI)**

22 Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werden auch die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung einbezogen. Ihnen wird aber die

Möglichkeit gegeben, zur privaten Pflegeversicherung überzuwechseln.

Die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gilt damit auch für

- Beamte, und zwar aktive Beamte wie Ruhestandsbeamte, die freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Mit Rücksicht darauf, dass sie im Fall der Pflegebedürftigkeit Leistungen der Beihilfe beanspruchen können, gilt für sie in der sozialen Pflegeversicherung ein Teilkostentarif. Danach erhalten sie Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nur zur Hälfte, und zwar sowohl die Geld- als auch die Sachleistungen. Wegen des verringerten Leistungsanspruchs ermäßigt sich der Beitragssatz auf die Hälfte des gesetzlich festgesetzten Beitragssatzes. Der Dienstherr hat sich nicht an diesem halben Beitrag zu beteiligen, denn statt eines „Arbeitgeberzuschusses“ leistet er die Beihilfe,
- Abgeordnete, d. h. Mitglieder des Deutschen Bundestages, des Europäischen Parlaments und der Parlamente der Länder sowie Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind.
- Abgeordnete, die privat, über Sondersysteme oder gar nicht krankenversichert sind, werden in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Das Bestehen des Pflegeversicherungsschutzes ist gegenüber dem jeweiligen Parlamentspräsidenten nachzuweisen.

### **Versicherungspflicht von Personen, die weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse noch privat krankenversichert sind (§ 21 SGB XI)**

23 In Ergänzung des Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werden auch folgende Personengruppen in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung einbezogen, sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und nicht bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind:

- Personen, die unmittelbar nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben,



- Bezieher einer Kriegsschadenrente oder vergleichbarer Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz oder dem Flüchtlingshilfegesetz, sowie Bezieher von ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsofferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
- Bezieher laufender Leistungen zum Unterhalt und von Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII und
- Krankenversorgungsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz.

Für diese Personengruppen ist die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die von den Sozialleistungsträgern mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist. Ist keine Krankenkasse beauftragt, kann der Einzelne die Pflegekasse nach Maßgabe des § 48 Abs. 3 SGB XI auswählen.

24 In die Versicherungspflicht zur sozialen Pflegeversicherung werden ferner Soldaten in einem Dienstverhältnis auf Zeit einbezogen, die nicht privat krankenversichert sind. Da die Zeitsoldaten während ihrer Dienstzeit heilfürsorgeberechtigt sind, gilt auch für sie in der sozialen Pflegeversicherung ein Teilkostentarif, d. h. sie haben einen Anspruch auf die Hälfte der jeweils aus der Pflegeversicherung zu gewährenden Leistung und zahlen Beiträge nach dem halben gesetzlich festgelegten Beitragssatz. Zeitsoldaten können nach § 48 Abs. 3 SGB XI wählen, bei welcher Pflegekasse sie Mitglied werden wollen.

Soldaten auf Zeit mit einer privaten Anwartschaftsversicherung werden dagegen der privaten Pflegeversicherung zugeordnet, denn mit dieser Anwartschaftsversicherung haben sie bereits einen engen Bezug zur Privatversicherung. Die private Anwartschaftsversicherung wird in diesem Fall wie eine private Krankenversicherung behandelt, die eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ausschließt. Dasselbe gilt, wenn der Soldat auf Zeit anstelle einer Anwartschaftsversicherung eine private Ruhensversicherung hat, bei der ursprüngliche Rechte und Pflichten eines bereits vor der Dienstzeit bestehenden Versicherungsvertrages ruhen.

25 Nicht gegen das Pflegerisiko pflichtversichert sind Bundesbürger, die heute auch über keinerlei Absiche-

rung im Krankheitsfall verfügen. Die Einbeziehung dieses kleinen Personenkreises in die Pflegeversicherungspflicht kam nicht in Betracht, weil deren meldetechnische Erfassung, die Ermittlung ihrer beitragspflichtigen Einnahmen und die Abführung ihrer Beiträge an die zuständigen Pflegekassen nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich wären. Für diese Personen wurde zum 1. Januar 2002 ein Beitrittsrecht eingeführt.

### **Familienversicherung (§ 25 SGB XI)**

26 Für den unterhaltsberechtigten Ehepartner sowie den eingetragenen Lebenspartner und die Kinder eines Mitglieds besteht unter den gleichen Voraussetzungen ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung, wie dies in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) der Fall ist. Im Ergebnis wird also derjenige, der heute bei einer gesetzlichen Krankenkasse Anspruch auf Familienversicherung hat, gleichfalls in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei familienversichert sein. Konkret setzt der Anspruch auf Familienversicherung u. a. voraus, dass der Ehepartner oder der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder des Mitglieds ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und über kein höheres Gesamteinkommen als 1/7 der monatlichen Bezugsgröße verfügen (Wert 2006: 350 Euro). Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Für Familienangehörige mit geringfügiger Beschäftigung beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro monatlich.

27 Kinder sind, sofern sie nicht z. B. aufgrund einer Beschäftigung oder des Bezuges einer Rente selbst versicherungspflichtig werden, grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert. Die Familienversicherung verlängert sich bei nicht erwerbstätigen Kindern bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres und bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn das Kind sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr leistet. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, so verlängert sich der Anspruch auf Familienversicherung um die Dauer der gesetzlichen Dienstpflicht über das 25. Lebensjahr hinaus.

Für Kinder, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung sich nicht selbst unterhalten



können, besteht ein zeitlich unbegrenzter Anspruch auf Familienversicherung.

28 Die Familienversicherung in der Pflegeversicherung bleibt während der Dauer der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes erhalten.

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Anspruch auf Familienversicherung für Kinder, wenn der höherverdienende Elternteil in der privaten Pflegeversicherung versichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem SGB V übersteigt.

### **Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 22 SGB XI)**

29 Im Interesse der Einheitlichkeit des Trägers von Kranken- und Pflegeversicherung sind die Befreiungsmöglichkeiten von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung sehr stark eingeschränkt.

Das Recht zur Befreiung von der Versicherungspflicht steht Personen zu, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind (§ 22 SGB XI).

Die Befreiung muss bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden, das ist die Pflegekasse, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der die Krankenversicherung besteht. Dabei muss der Befreiungsberechtigte nachweisen, dass für ihn und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung nach § 25 SGB XI bestünde, ein privater Pflegeversicherungsschutz besteht. Dieser muss Vertragsleistungen beinhalten, die den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind, wobei an die Stelle der Sachleistung die Kostenerstattung tritt. Zur Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes gehört ausdrücklich auch die Verpflichtung des privaten Versicherungsunternehmens, zur Alterssicherung der unentgeltlich tätigen Pflegepersonen Beiträge an die zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Bei Beamten sind bei der Prüfung der Gleichwertigkeit des privaten Versicherungsschutzes Leistungen der Beihilfe in die Bewertung mit einzubeziehen. Es reicht hier also ein Versicherungsvertrag, der die Differenz zwischen sozialer Pflegeversicherung und Beihilfe abdeckt (Restkostentarif).

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht kann nur innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gestellt werden. Es handelt sich um eine Ausschlussfrist, die nicht verlängert werden kann. Die Befreiung kann nur einheitlich für das Mitglied und die mitversicherten Familienangehörigen erfolgen.

Wer sich befreien lässt, ist verpflichtet, den privaten Pflegeversicherungsvertrag auf Dauer aufrecht zu erhalten, es sei denn, es tritt ein Versicherungspflichttatbestand in der sozialen Pflegeversicherung ein. Ein Zuwiderhandeln ist bußgeldbewehrt (§ 121 SGB XI).

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an und kann nicht widerrufen werden.

### **Schutz vor Missbrauch der Solidargemeinschaft (§ 20 Abs. 4 SGB XI)**

30 Um die Solidargemeinschaft der Pflegeversicherung vor einer Überforderung zu schützen, wird in den Fällen, in denen Personen, die in den letzten 10 Jahren weder in der sozialen Pflegeversicherung noch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung aufnehmen, zunächst der Eintritt der Versicherungspflicht in Frage gestellt. In diesen Fällen muss genauestens geprüft werden, ob und in welchem Umfang die die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird. Vor allem bei einer Beschäftigung bei Familienangehörigen ist eine untergeordnete wirtschaftliche Bedeutung dann anzunehmen, wenn die Höhe des Arbeitsentgelts nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Arbeitsleistung steht oder die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße (2006: 1.225 Euro) nicht übersteigt. Damit wird ein von dem Versicherten manipulierter Wechsel von der privaten Versicherung zur sozialen Pflegeversicherung verhindert.

### **Freiwillige Versicherung (§ 26 und § 26a)**

31 Da die Pflegeversicherung im Wesentlichen als ein Pflichtversicherungssystem konzipiert ist, sind die Möglichkeiten einer freiwilligen Versicherung auf ein Minimum beschränkt. Möglich ist die freiwillige Versicherung in Form der freiwilligen Weiterversicherung für Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden (§ 26 Abs. 1 SGB XI).

Die Weiterversicherung bietet neben der Kontinuität des Versicherungsschutzes auch den Vorteil, die ab 01.01.1996 geltenden Vorversicherungszeiten zu erfüllen. Um Missbrauch zu vermeiden, wird das Recht auf Weiterversicherung – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nur demjenigen eingeräumt, der vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate versichert war. Wer sich privat krankenversichert und damit auch privat pflegeversicherungspflichtig wird, kann sich allerdings nicht in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern. Das Recht zur Weiterversicherung steht auch Familienangehörigen zu, deren Anspruch auf Familienversicherung erlischt oder die als Kind nur deswegen keinen Anspruch auf Familienversicherung haben, weil der höherverdienende Elternteil in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist.

Die Weiterversicherung ist innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft, bei Familienangehörigen innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Familienversicherung oder nach der Geburt des Kindes, bei dem die Voraussetzungen einer Familienversicherung nicht gegeben sind, bei der zuständigen Pflegekasse zu beantragen.

32 Eine besondere Regelung über die Weiterversicherung ist für Personen vorgesehen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden (§ 26 Abs. 2 SGB XI). Sie können sich mit der Weiterversicherung für den Fall einer späteren Rückkehr nach Deutschland den sofortigen Leistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit erhalten. Der Antrag auf diese Weiterversicherung ist spätestens einen Monat nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen. Die Weiterversicherung während des Auslandsaufenthaltes ist letztlich eine „ruhende Mitgliedschaft“, es bestehen während des Aufenthaltes des Mitglieds im Ausland keinerlei Leistungsansprüche, auch nicht für im Inland verbliebene Familienangehörige. Für diese endet vielmehr der Anspruch auf Familienversicherung mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Sie können sich aber selbst innerhalb von 3 Monaten nach dem Erlöschen des Anspruchs auf Familienversicherung bei ihrer Pflegekasse weiterversichern und so ihren Pflegeversicherungsschutz erhalten.

Für Familienangehörige, die mit dem Mitglied ihren Wohnsitz in das Ausland verlegen, ist eine eigene Weiterversicherung nicht erforderlich. In diesem Fall ist während der Weiterversicherung des Mitglieds eine ruhende Familienversicherung gegeben. Die Zeiten der Familienversicherung werden bei der Ermittlung der für Leistungsansprüche erforderlichen Vorversicherungszeiten berücksichtigt. Entfallen die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Familienversicherung während des Auslandsaufenthaltes, z. B. bei Kindern wegen Erreichens der Altersgrenze, so können diese Familienangehörigen eine eigene Weiterversicherung innerhalb von 3 Monaten nach Erlöschen des Anspruchs auf Familienversicherung beantragen.

Wegen des Ruhens der Leistungen gilt für die Weiterversicherung bei Verlegung des Wohnsitzes in das Ausland nur ein Mindestbeitrag (pro Kalendertag der 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, das ergibt einen Beitrag von 6,94 Euro monatlich – Wert 2006).

### Beitrittsrecht

32a Zum 01.01.2002 ist als Folge einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 03.04.2001 ein befristetes Beitrittsrecht zur Pflegeversicherung vorgesehen worden (§ 26a SGB XI). Eingeführt wurde ein dreigestuftes Beitrittsrecht, das danach differenziert, ab welchem Zeitpunkt der Betroffene zu den Nichtversicherten gehört, bzw. ab wann sich die Frage eines Beitritts gestellt hat oder stellen wird. Neben einem Beitrittsrecht für die zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 01.01.1995 Nichtversicherten einerseits (§ 26a Abs.1) und für die nach dem 01.01.1995 bis zum 01.01.2002 hinzugekommenen Nichtversicherten andererseits (§ 26a Abs.2) ist unter engen Voraussetzungen auch ein befristetes Beitrittsrecht für künftige Sachverhalte, insbesondere für Auslandsrückkehrer, vorgesehen (§ 26a Abs.3). Die Beitrittsrechte sind so ausgestaltet, dass möglichst Missbräuche zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten ausgeschlossen werden. Nicht einbezogen in die Beitrittsrechte sind Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Pflegeversicherungsbeitrag zu zahlen, dies sind z. B. Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilferecht (SGB XII). Die Beitrittswilligen müssen zum Zeitpunkt der Beitrittserklärung ihren Wohnsitz im Inland haben. Sie können sich entscheiden, ob sie einer der nach § 48 Abs. 3 SGB

XI wählbaren sozialen Pflegekassen beitreten oder die Versicherung in der privaten Pflegeversicherung bevorzugen wollen.

Das Beitrittsrecht nach § 26a Abs.2 und 3 war nur befristet bis zum 30.06.2002 auszuüben. Ab dem 1. Juli 2002 besteht nur noch das Beitrittsrecht nach § 26a Abs. 3. Es gilt nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen Gründe entfallen sind, die einen früheren Beitritt gesetzlich ausgeschlossen haben (z. B. Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt). Der Beitritt ist schriftlich innerhalb von 3 Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der gesetzlichen Ausschlussgründe mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Die gewählte Pflegekasse ist zur Annahme der Beitrittserklärung, das gewählte private Versicherungsunternehmen ist zum Abschluss des Versicherungsvertrages verpflichtet. Der Beitritt ist ausgeschlossen, wenn ohne zwingenden Grund eine frühere Betrittsmöglichkeit nicht wahrgenommen wurde.

### **Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages (§ 27 SGB XI)**

33 Tritt für einen privat Versicherten durch eine Veränderung in der Lebenssituation ein Sachverhalt ein, der zur Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung führt (z. B. ein privat versichertes Kind, das eine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit aufnimmt), kann er den privaten Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das besondere Kündigungsrecht wird gleichzeitig auch den Familienangehörigen eingeräumt, wenn für ihn mit Eintritt der Versicherungspflicht des Elternteils oder Ehepartners gleichzeitig eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI eintritt.

## **Die Leistungen der Pflegeversicherung**

### **Allgemeines**

34 Für die meisten Pflegebedürftigen ist es wichtig, so lange wie möglich zu Hause, in der gewohn-

ten familiären und sozialen Umgebung bleiben zu können. Den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend wird daher mit dem Pflege-Versicherungsgesetz der häuslichen Pflege Vorrang vor der stationären Pflege eingeräumt. Ein ganzes Bündel von Maßnahmen ist darauf gerichtet, die Bedingungen der häuslichen Pflege entscheidend zu verbessern und damit auch die Bereitschaft der Familien, Angehörige zu Hause zu pflegen, nachhaltig zu stützen und zu fördern. Die Leistungen der häuslichen Pflege bilden den Schwerpunkt der Pflegeversicherung. Sie werden seit dem 1. April 1995 gewährt. Die Leistungen bei stationärer Pflege wurden zum 1. Juli 1996 eingeführt. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig gewährt.

35 Die Leistungen gehen von dem Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ aus. Damit Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden oder gemindert werden kann, bedarf es verstärkter Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Nur so können die Fähigkeiten für eine selbst bestimmte Lebensführung erhalten oder zurückgewonnen werden.

Rehabilitationsmaßnahmen werden auch künftig von den im Einzelfall zuständigen Leistungsträgern, in der Regel der Kranken- oder Rentenversicherung, zu erbringen sein. Bereits seit dem Gesundheitsreformgesetz 1988 sehen § 11 Abs. 2 sowie § 23 Abs. 1 Ziffer 3 SGB V ausdrücklich vor, dass medizinische Rehabilitationsleistungen und Vorsorgeleistungen von den Krankenkassen auch mit dem Ziel zu erbringen sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz ist der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ noch einmal verstärkt worden. So schreibt § 5 SGB XI vor, dass alle Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation genutzt werden müssen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, und in § 11 Abs. 2 SGB V wird noch einmal betont, dass die Krankenkassen auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen haben. Außerdem räumt § 18 SGB XI den Pflegebedürftigen nunmehr gegenüber den zuständigen Leistungsträgern einen Rechtsanspruch auf ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein, wenn diese von dem Medizinischen Dienst im Rahmen der Erstbegutachtung oder bei Wiederholungsuntersuchungen oder bei der Begutachtung im Rahmen einer Höherstufung für notwendig, geeignet und zumutbar gehalten werden können.

ten werden, um Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Durch diesen Rechtsanspruch wird sichergestellt, dass die klassischen Rehabilitationsmaßnahmen nach eingetretener Pflegebedürftigkeit von dem zuständigen Leistungsträger gewährt werden müssen, sie werden aus dem Bereich der Ermessensleistungen herausgenommen.

Die Pflegekassen haben die Aufgabe, den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und in Ausnahmefällen sogar ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten des zuständigen Rehabilitationsträgers vorläufig zu erbringen, wenn andernfalls die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet und damit ein für den Rehabilitationserfolg schädlicher Zeitverlust eintreten würde (§ 32 SGB XI). Zudem verpflichtet das Gesetz die Pflegekassen, bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 SGB XI).

Die aktivierende Pflege nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist Aufgabe der Pflegeversicherung (§ 28 Abs. 4 SGB XI). Sie ist allerdings keine eigenständige Leistung, sondern integraler Bestandteil aller Pflegeleistungen. Die aktive Einbeziehung des Pflegebedürftigen ist eine wesentliche Voraussetzung, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, den Pflegezustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung vorzubeugen. Dazu gehört z. B. die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und Umhergehen, die Anleitung zum selbständigen Essen statt passiver Nahrungsaufnahme, aber auch die geistige Anregung insbesondere bei alleinstehenden, vereinsamten Menschen. Es gilt, erhaltene Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu trainieren und verlorene möglichst wiederzugewinnen. Der Pflegebedürftige ist zur Mithilfe bei der Ausführung aller Pflegeleistungen anzuleiten, seine Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit sind zu unterstützen. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körpernahen Vorrichtungen einbeziehen, aber auch die hauswirtschaftliche Versorgung, die Organisation des Tagesablaufs und die Gestaltung der Wohnung oder des Zimmers im Pflegeheim. Die Angehörigen der Pflegebedürftigen sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen.

## Leistungen bei häuslicher Pflege

36 Die Leistungen bei häuslicher Pflege umfassen

- Häusliche Pflegehilfe – Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI),
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI),
- Kombination von Geldleistung und Sachleistung – Kombinationsleistung – (§ 38 SGB XI),
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),
- Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI),
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI),
- Zusätzliche Betreuungsleistung bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI),
- Pflegehilfsmittel, technische Hilfen und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau der Wohnung (§ 40 SGB XI),
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI).

Häusliche Pflege setzt nicht voraus, dass der Pflegebedürftige in seinem eigenen Haushalt gepflegt wird, dies kann vielmehr auch ein anderer Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen worden ist, oder ein Altenwohnheim, Altenheim oder eine vergleichbare Einrichtung. Leistungen bei häuslicher Pflege sind nur dann ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige betreut wird,

- um ein Pflegeheim im Sinne des § 71 SGB XI handelt – in diesem Fall besteht ein Anspruch auf stationäre Pflegeleistungen nach § 43 SGB XI –,
- um eine stationäre Einrichtung handelt, in der die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen; in diesem Fall besteht ein Anspruch auf die Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI.

Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ist allerdings auch in den vorgenannten stationären Einrichtungen möglich.

**Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)**

37 Pflegebedürftige, die im häuslichen Bereich Pflege und Betreuung durch professionelle Pflegekräfte benötigen, z. B. durch Mitarbeiter von Sozialstationen, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) als Sachleistung. Da mit zunehmendem Grad der Pflegebedürftigkeit auch der Umfang des Pflegebedarfs steigt, ist die Höhe des Gesamtwertes, bis zu dem die Kosten der Pflegeeinsätze durch die Pflegeversicherung übernommen werden, nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Die Pflegekassen finanzieren Pflegeeinsätze

- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu einem Gesamtwert von 384 Euro monatlich
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu einem Gesamtwert von 921 Euro monatlich
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu einem Gesamtwert von 1.432 Euro monatlich.

Zur Vermeidung von Härten können die Pflegekassen Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn es sich um einen Fall besonders schwerer Pflege handelt und ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III übersteigt, z. B. bei Krebserkrankungen im Endstadium sowie bei der Pflege von Apallikern. Diese Ausnahmeregelung soll insgesamt 3 v. H. der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III zugute kommen.

Wie der jeweilige Pflegeeinsatz auf die einzelnen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung aufzuteilen ist, richtet sich nach den konkreten Erfordernissen in der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen. Die Pflegeeinsätze können flexibel abgerufen werden. Eine Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Pflegeeinsätzen pro Kalendermonat ist nicht vorgesehen. Fahrkosten, die anlässlich der Einsätze der Pflegekräfte entstehen, werden nicht gesondert erstattet, sondern können im Rahmen der genannten Leistungsbeträge übernommen werden. Die Pflegekassen und die Leistungserbringer vereinbaren die Höhe der Vergütungen für die Pflegeeinsätze und die Fahrkosten.

38 Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Pflegesachleistung umfassen nur Hilfeleistungen bei den Verrichtungen, die bei der Feststel-

lung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI zu berücksichtigen sind. Die im Rahmen einer ärztlichen Behandlung erforderliche medizinische Behandlungspflege, wie z. B. die Wundversorgung, Spritzensetzen usw., gehört nicht zur Pflegesachleistung, sie zählt zur häuslichen Krankenpflege, die von der Krankenkasse zu finanzieren ist.

Der Anspruch auf die Pflegesachleistung setzt voraus, dass die Pflegekraft in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse steht, sei es mittelbar, indem sie bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung (z. B. bei einer Sozialstation) angestellt ist, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag und eine Vergütungsvereinbarung getroffen hat, sei es unmittelbar, indem sie bei der Pflegekasse angestellt ist oder als Einzelperson mit der Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat, durch den Inhalt, Umfang, Vergütung sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der vereinbarten Leistungen festgelegt worden sind. Pflegebedürftige, die eine Pflegekraft beschäftigen, die nur mit ihnen, nicht jedoch mit der Pflegekasse einen Vertrag hat, haben keinen Anspruch auf die Pflegesachleistung, sondern auf das Pflegegeld.

**Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)**

39 Pflegebedürftige können Pflegegeld beanspruchen, wenn sie damit die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellen können. Ob dies der Fall ist, hat der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Begutachtung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen zu überprüfen, und zwar nicht nur bei der Erstbegutachtung, sondern auch bei den Wiederholungsuntersuchungen. Unerheblich ist, ob die Pflege durch Angehörige, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch erwerbsmäßige Pflegekräfte erbracht wird.

Das Pflegegeld ist ebenfalls nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Es beträgt in der

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| – Pflegestufe I   | monatlich 205 Euro  |
| – Pflegestufe II  | monatlich 410 Euro  |
| – Pflegestufe III | monatlich 665 Euro. |

Das Pflegegeld stellt kein Entgelt für die von der Pflegeperson erbrachten Pflegeleistungen dar, es soll vielmehr die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen stärken und ihm



die Möglichkeit geben, seine Pflegehilfen selbst zu gestalten. Mit der Geldleistung erhält er die Möglichkeit, denjenigen eine materielle Anerkennung zukommen zu lassen, die ihn im häuslichen Bereich unentgeltlich pflegen. Sie bietet damit einen Anreiz zur Erhaltung der häuslichen Pflegebereitschaft und hilft so den Pflegebedürftigen, möglichst lange in der ihnen vertrauten Umgebung bleiben zu können.

Das Pflegegeld darf bei der Gewährung anderer einkommensabhängiger Sozialleistungen sowie bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen nicht als Einkommen berücksichtigt werden (§ 13 Abs. 5 und 6 SGB XI). Dies gilt im Regelfall auch in Bezug auf die Pflegeperson, wenn der Pflegebedürftige das Pflegegeld teilweise oder auch ganz an sie weiterleitet. Die Pflegeperson verliert dadurch also z. B. nicht den Anspruch auf die beitragsfreie Familienversicherung. Wenn der Pflegebedürftige das Pflegegeld jedoch im Rahmen eines zwischen ihm und der Pflegeperson bestehenden Beschäftigungsverhältnisses an die Pflegeperson weiterleitet, stellt das Pflegegeld Einkommen der Pflegeperson dar.

40 Damit die Qualität der häuslichen Pflege bei Bezug von Pflegegeld gesichert bleibt, Defizite frühzeitig erkannt und ihnen entgegengewirkt werden kann, haben Pflegebedürftige, die ausschließlich die Geldleistung beziehen, in regelmäßigen Abständen einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung abzurufen, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Die Einsätze dienen gleichzeitig auch dem Schutz der Pflegeperson. Die Pflegefachkraft, die bspw. frühzeitig eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson feststellt, kann durch Beratung und Hilfestellung, durch Hinweise auf Pflegekurse, Tagespflege usw. auf eine Entlastung der Pflegeperson hinwirken und damit im Einzelfall weiterhin häusliche Pflege ermöglichen.

Bei Pflegestufe I und II ist dieser beratende Pflegeeinsatz mindestens einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich abzurufen (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung lässt das Gesetz nicht zu. Die Pflegeeinsätze sind seit dem 1. August 1999 nicht mehr von den Pflegebedürftigen, sondern von den Pflegekassen zu finanzieren. Die Vergütung für den Pflegeeinsatz in den Pflegestufen I und II darf 16 Euro und in der Pflegestufe III 26 Euro nicht übersteigen. Mit der Durchführung des Pflegeeinsatzes können Pflege-

bedürftige einen zugelassenen Pflegedienst ihrer Wahl beauftragen. Pflegebedürftige, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat, können den beratenden Pflegeeinsatz je nach Pflegestufe zweimal halb- oder vierteljährlich in Anspruch nehmen.

### **Kombination von Geldleistung und Sachleistung – Kombinationsleistung – (§ 38 SGB XI)**

41 Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Nimmt z. B. ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III, dem Pflegesachleistungen im Gesamtwert bis zu 1.432 Euro monatlich zustehen, Sachleistungen im Wert von 716 Euro in Anspruch, also 50% des ihm zustehenden Sachleistungshöchstwertes, kann er daneben 50% des ihm zustehenden Pflegegeldes von 665 Euro, also 332,50 Euro beanspruchen.

Der Pflegebedürftige hat sich zu entscheiden, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will. An seine Entscheidung ist er 6 Monate gebunden, um bei den Pflegekassen unvermeidbaren Verwaltungsaufwand verursacht durch zu häufigen Wechsel zwischen Sach- und Geldleistung zu vermeiden. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Pflegekassen dem Pflegebedürftigen eine vorzeitige Änderung seiner Entscheidung zugestehen können, wenn in den Verhältnissen, die bei der Entscheidung vorgelegen haben, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, so z. B., wenn ohne eine höhere Anzahl von Pflegeeinsätzen durch ambulante Pflegedienste die häusliche Pflege nicht mehr ausreichend sichergestellt wäre.

### **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**

42 Um die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich zu erhalten und zu fördern, sind auch Hilfen für die Fälle vorgesehen, in denen vorübergehend die häusliche Pflege nicht oder nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Bei Urlaub oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson haben Pflegebedürftige Anspruch auf eine Ersatzpflegekraft für die Dauer bis zu vier Wo-



chen und bis zu einem Gesamtwert von 1.432 Euro je Kalenderjahr. Der Anspruch nach § 39 SGB XI setzt nicht voraus, dass die Verhinderungspflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen selbst erbracht wird, sie ist z. B. auch in einem Wohnheim für Behinderte oder in einer anderen Einrichtung für Behinderte möglich. Wird sie in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung erbracht, dürfen die Pflegekassen allerdings im Rahmen des § 39 nur die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen, nicht jedoch z. B. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, denn die Übernahme dieser Kosten ist den Pflegekassen auch bei einer Betreuung in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht möglich.

Die Verhinderungspflege muss nicht durch eine Pflegefachkraft erbracht werden, es muss sich auch nicht um einen von der Pflegekasse zugelassenen Pflegedienst handeln. Der Pflegebedürftige kann vielmehr selbst entscheiden, ob die Ersatzpflege durch eine professionelle Pflegekraft oder durch nicht erwerbsmäßige Pflegepersonen, wie z. B. Angehörige, Freunde oder Nachbarn, sichergestellt werden soll. Entscheidend für die Ausschöpfung des Höchstbetrages von 1.432 Euro ist allein, dass die Pflege erwerbsmäßig ausgeübt wird. Bei Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen weder bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind, noch mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt wird. Entscheidet er sich für eine selbst organisierte Pflege durch eine nicht erwerbsmäßige Pflegeperson, ist der Anspruch gegenüber der Pflegekasse jedoch grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt. Zusätzlich haben die Pflegekassen diesen nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen die ihnen im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstandenen notwendigen Kosten, wie z. B. Fahrkosten, Verdienstaussfall usw., auf Nachweis zu erstatten. Insgesamt dürfen allerdings die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege setzt voraus, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 12 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Nicht erforderlich ist, dass die Pflegeperson vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum 12 Monate gepflegt haben muss.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist nur gegeben in Fällen der Verhinderung der unentgeltlich tätigen Pflegeperson, nicht jedoch bei Verhinderung der professionellen Pflegekraft, die im Rahmen der Sachleistung tätig wird. Für sie ist vielmehr von der Pflegeeinrichtung oder der Pflegekasse ein entsprechender Ersatz zu stellen.

### **Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)**

43 Pflegebedürftige haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Pflege und Betreuung in einer zugelassenen Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung der häuslichen Pflege erforderlich ist, z. B. bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit oder zur Ermöglichung einer (Teil)Erwerbstätigkeit der Pflegeperson.

Die Leistungshöhe ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit bis 30. Juni 2007 die Aufwendungen der in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 384 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 921 Euro und
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 1.432 Euro monatlich.

Die Leistungen sind auch neben der Pflegesachleistung und dem Pflegegeld möglich, wenn der in § 36 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Sachleistungshöchstwert nicht voll ausgeschöpft wird. Die Höhe des anteiligen Pflegegeldes wird wie das anteilige Pflegegeld bei der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI berechnet.

Die teilstationären Einrichtungen müssen die tägliche Hin- und Rückfahrt des Pflegebedürftigen sicherstellen, soweit dies der Pflegeperson nicht möglich ist.

### **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)**

44 Pflegebedürftige können vorübergehend zur Kurzzeitpflege in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen werden und dort gepflegt werden, wenn weder häusliche Pflege in ausreichendem Umfang

noch teilstationäre Pflege möglich ist, wie z. B. bei Ausfall der Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen je Kalenderjahr bis zum Wert von 1.432 Euro begrenzt.

### **Zusätzliche Betreuungsleistung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)**

45 Seit dem 1. April 2002 haben Pflegebedürftige, bei denen nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung neben dem in der Pflegeversicherung bereits zu berücksichtigenden verrichtungsbezogenen Hilfebedarf (§§ 14 und 15 SGB XI) noch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht, einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 Euro jährlich. Zu dem begünstigten Personenkreis gehören im Wesentlichen altersverwirrte pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung. Der Betreuungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen für die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, für besondere Leistungen der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung von zugelassenen Pflegediensten sowie von Leistungen der so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (von bürgerschaftlichem Engagement getragene Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen zu Hause oder in Gruppen zeitweise übernehmen). Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen Finanzmittel von ihrer Pflegekasse gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der gesetzlich aufgeführten Betreuungsleistungen entstanden sind. Pflegekassen und Bundesländer fördern auch gemeinsam niedrigschwellige Betreuungsangebote mit Zuschüssen (§ 45c SGB XI).

### **Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI)**

46 Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit sie nicht von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu finanzieren sind, sowie um technische Hilfen im Haushalt, die der Erleichterung

der Pflege dienen oder eine selbständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Zu den Hilfsmitteln gehören die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (z. B. Desinfektionsmittel, Unterlagen) und technische Hilfsmittel wie z. B. Pflegebetten, Polster für die Lagerung usw. Eine ärztliche Verordnung der Hilfsmittel ist nicht vorgesehen, die Pflegekassen überprüfen jedoch die Notwendigkeit der beantragten Pflegehilfsmittel unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln ist die Übernahme der Kosten durch die Pflegekassen auf monatlich 31 Euro begrenzt.

Die Hilfsmittel sollen, so weit dies möglich ist, den Pflegebedürftigen leihweise überlassen werden. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung von Hilfsmitteln ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen. Kann ein Hilfsmittel nur nach vorhergehender Einweisung ordnungsgemäß bedient werden, kann die Pflegekasse die Bewilligung dieses Hilfsmittels von der Bereitschaft des Pflegebedürftigen bzw. dessen Pflegekräften abhängig machen, sich einer entsprechenden Schulung zu unterziehen. Daneben soll durch eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10 v. H., höchstens jedoch 25 Euro, den Versicherten ein Anreiz gegeben werden, auf größtmögliche Wirtschaftlichkeit zu achten. Zur Vermeidung von Härten können die Versicherten entsprechend den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 62 SGB V) ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit werden.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis, das für die gesetzliche Krankenversicherung gilt, ein Verzeichnis der Pflegehilfsmittel erstellt, die von den Pflegekassen bei häuslicher Pflege finanziert werden (§ 78 Abs. 2 SGB XI).

### **Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau der Wohnung (§ 44 Abs. 4 SGB XI)**

47 Mängel der Wohnung sind oftmals ausschlaggebend dafür, dass Pflegebedürftige nicht in ihrer Wohnung verbleiben können. Dabei könnte oft ohne großen technischen oder baulichen Aufwand das Wohnumfeld so verändert werden, dass ein Verbleib im häuslichen Bereich möglich würde. Daher ist den Pflegekassen subsidiär die Möglichkeit eingeräumt, Zuschüsse bis zu einem Betrag von 2.557 Euro je

Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes zu gewähren, wenn dadurch eine häusliche Pflege erst möglich oder erleichtert wird oder eine selbständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann. In Betracht kommen hier z. B. die Verbreiterung von Türen, der Austausch der Badewanne durch eine Dusche, der Einbau eines Treppenliftes, aber auch kleinere Maßnahmen wie die Installation von Haltegriffen oder mit dem Rollstuhl zu unterfahrende Einrichtungsgegenstände. Der Medizinische Dienst sowie allgemein die Pflegekräfte, die den Pflegebedürftigen in seinem häuslichen Bereich aufsuchen, sollten ihn in Fragen der Wohnraumanpassung beraten können, um Unfallgefahren zu mindern und die häusliche Pflege zu erleichtern.

Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den Kosten der jeweiligen Verbesserungsmaßnahme und der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen. Um eine einheitliche Entscheidungspraxis der Pflegekassen zu gewährleisten, werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen Richtlinien vereinbart (§ 78 Abs. 2 SGB XI).

**Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)**

48 Zur Unterstützung der ehrenamtlich Pflegenden und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bieten die Pflegekassen Pflegekurse an, in denen die Kenntnisse vermittelt werden, die zur Pfllegetätigkeit in der häuslichen Umgebung not-

wendig oder hilfreich sind. Neben den praktischen Hilfen sollen die Kurse aber auch Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen bieten, dem Abbau von Versagensängsten, dem Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, der Beratung über Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Gewinnung neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen dienen.

Die Pflegekassen können die Kurse selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekassen durchführen, aber auch andere Einrichtungen, wie z. B. Verbände der freien Wohlfahrtspflege, mit der Durchführung beauftragen. Die Schulungen sollen, wenn dies von den Pflegebedürftigen oder deren pflegenden Angehörigen gewünscht wird, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Die unentgeltliche Inanspruchnahme von Pflegekursen ist nicht von einer Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung abhängig.

**Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI)**

49 Von entscheidender Bedeutung für die Verbesserung der Situation der häuslichen Pflege ist der Ausbau der sozialen Sicherung der ehrenamtlichen Pflegepersonen. Die Pflegekassen entrichten seit dem 01.04.1995 für Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (§ 19 SGB XI) und die wegen der Pflege nicht oder

**Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung von Pflegepersonen im Jahre 2006**

(vorausgesetzt, dass die Pflegepersonen neben der Pflege regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind)

Pflegestufe des Pflegebedürftigen	wöchentlicher Pflegeaufwand von mindestens ... Stunden	Beitragsabführung auf der Basis von ...% der Bezugsgröße der Rentenversicherung			mtl. Beitragshöhe in Euro <sup>1)</sup>		Die über ein Jahr ausgeübte Pfllegetätigkeit ergibt eine monatliche Rente in Höhe von ... Euro <sup>2)</sup>	
		West		Ost	West	Ost	West	Ost
III	28	80	1.932,00	1.652,00	382,20	322,14	20,97	18,51
	21	60	1.470,00	1.239,00	285,65	241,61	15,73	13,88
	14	40	980,00	826,00	191,10	161,07	10,49	9,25
II	21	53,3333	1.306,67	1.101,33	254,80	214,76	13,98	12,34
	14	35,5555	871,11	734,22	169,87	143,17	9,32	8,23
I	14	26,6667	653,33	550,67	127,40	107,38	6,99	6,17

1) Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung beträgt 2006 19,5 %. Die mtl. Bezugsgröße beträgt in der gesetzlichen Rentenversicherung 2.450 Euro (West) bzw. 2.065 Euro (Ost).

2) Stand: Januar 2006.

zumindest nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit (siehe Übersicht auf S. 517). Die Pflegetätigkeit dieser ehrenamtlichen Pflegeperson wirkt sich rentenversicherungsrechtlich sowohl rentenbe gründend als auch rentensteigernd aus.

Das Gesetz schreibt nicht vor, dass die pflegerischen Leistungen der Pflegeperson sowohl im Bereich der Grundpflege als auch in der hauswirtschaftlichen Versorgung anfallen müssen. Es ist also durchaus möglich, dass im konkreten Einzelfall die 14-Stunden-Pflege nur mit Hilfeleistungen im Bereich der Grundpflege oder nur im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung ausgefüllt wird. Erforderlich ist jedoch, dass in dem Bereich, in dem die Pflegeperson einen Pflegeaufwand von mindestens 14 Stunden wöchentlich geltend macht, nach Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auch tatsächlich dieser Hilfebedarf von mindestens 14 Stunden wöchentlich besteht.

Teilen sich zwei (oder mehrere) Pflegepersonen die Pflege von Pflegebedürftigen, können beide sozial abgesichert werden, sofern wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit jede der Pflegepersonen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt. Die vorgesehenen Beiträge der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung werden in diesem Fall gesplittet. Der Mindestumfang von 14 Stunden wöchentlich kann auch bei Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und § 38 SGB XI sowie bei Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) gegeben sein. Allerdings wird in diesen Fällen – um Mitnahmeeffekte zu vermeiden – genauer zu prüfen sein, ob die Pflegetätigkeit tatsächlich dem angegebenen Umfang entspricht. Auch Berufstätige können Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI sein, wenn eine angemessene Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen trotz der Berufstätigkeit sichergestellt werden kann. Die Notwendigkeit einer Verbesserung der Alterssicherung einer Pflegeperson besteht allerdings nur, wenn wegen der Pflege keine oder zumindest keine Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden wöchentlich ausgeübt wird (§ 44 Abs. 1 SGB XI). Näheres zur Rentenversicherung der Pflegepersonen ist im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung geregelt (§§ 3, 141, 166 und 170 SGB VI).

Darüber hinaus werden die Pflegepersonen während der pflegerischen Tätigkeit für sie beitragsfrei in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen (§§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 SGB VII).

## Leistungen bei stationärer Pflege

### Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI

50 Bei vollstationärer Pflege übernehmen die Pflegekassen seit dem 1. Juli 1996 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für die soziale Betreuung und bis zum 30. Juni 2007 auch die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege im Heim bis zu gesetzlich festgelegten Höchstbeträgen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung haben Pflegebedürftige – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst zu tragen.

Die Pflegekassen leisten im Rahmen einer bis zum 30. Juni 2007 geltenden Übergangsregelung nach Pflegestufen gestaffelte Beträge, und zwar

- 1.023 Euro monatlich in der Pflegestufe I,
- 1.279 Euro monatlich in der Pflegestufe II,
- 1.432 Euro monatlich in der Pflegestufe III,

in Härtefällen 1.688 Euro monatlich,

maximal jedoch nicht mehr als 75% des Gesamtheim entgelts.

Es handelt sich hier um Pauschalbeträge, die auch dann gezahlt werden, wenn im Einzelfall die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung unter diesen festgesetzten Pauschalbeträgen liegen. Mit der Begrenzung auf 75% des Gesamtheim entgelts wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass der einzelne stationär Pflegebedürftige für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung selbst aufzukommen hat. Im Übrigen gilt die Einschränkung, dass die Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die stationäre Pflege im Durchschnitt im Jahr nicht mehr als 15.339 Euro je stationär Pflegebedürftigen betragen dürfen. Wird dieser Durchschnittsbetrag überschritten, sind die festen Leistungsbeträge für die einzelnen Pflegebedürftigen entsprechend zu kürzen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15.339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt.

Die Finanzierung der Investitionskosten obliegt den Ländern. Die geförderte Einrichtung darf nach § 82 Abs. 2 SGB XI die Kosten, die dem Investitionsbereich zuzuordnen sind, weder in der Pflegevergütung noch in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigen. Näheres zur Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie deren Abgrenzung von den Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 2 SGB XI kann durch Rechtsverordnung der Bundesregierung geregelt werden.

Pflegebedürftige sollen in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts grundsätzlich frei zwischen häuslicher und stationärer Pflege wählen können. Dies kann jedoch nur so weit gelten, als die Solidargemeinschaft durch die Ausübung des Wahlrechts nicht in ungerechtfertigter Weise belastet wird. Ist eine vollstationäre Pflege nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich, wird sie aber vom Pflegebedürftigen gewünscht, ist diesem Wunsch zwar zu entsprechen, jedoch ist in diesen Fällen der Leistungsanspruch auf den Gesamtwert der Sachleistung begrenzt, die der Pflegebedürftige unter Berücksichtigung seiner Pflegestufe bei häuslicher Pflege beanspruchen könnte. Diese Regelung soll ungerechtfertigte Mehraufwendungen für die Pflegeversicherung verhindern.

Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wird die Erforderlichkeit der stationären Pflege unterstellt; ansonsten sind für die Erforderlichkeit der stationären Pflege von den Pflegekassen folgende Kriterien festgelegt:

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen,
- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen sowie
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

### **Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)**

51 Einrichtungen der Behindertenhilfe (Werkstatt für Behinderte Menschen, Sonderkindergarten, Sonderschule usw.) dienen von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege. In ihnen werden zwar auch Hilfen bei den täglichen Verrichtungen zur Verfügung gestellt, im Vordergrund steht jedoch die Eingliederungshilfe, d. h. die umfassende Förderung des behinderten Menschen mit dem Ziel der Eingliederung des behinderten Menschen in die Gesellschaft, die Pflege hat nur untergeordnete Bedeutung.

Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung bei einer Betreuung in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, wie z. B. in einem Wohnheim für Behinderte, pauschal in Höhe von 10% des Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich, an den Heimkosten. Damit werden die Pflegeleistungen in der Einrichtung abgegolten. Wird der Behinderte nicht die gesamte Woche über in der vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe betreut, wie dies z. B. beim 5 - Tage- Internat der Fall ist, können für die Tage der Betreuung zu Hause ein anteiliges Pflegegeld oder Pflegesachleistungen beansprucht werden. Dabei werden An- und Abreisetag als volle Tage der häuslichen Pflege bewertet, d. h. wenn der Pflegebedürftige von Freitagabend bis Montagfrüh zuhause ist, erhält er für vier Tage Pflegegeld.

## **Allgemeine Leistungsgrundsätze**

### **Antragserfordernis (§ 33 Abs. 1 SGB XI)**

52 Wie die meisten Leistungen der einzelnen Sozialversicherungszweige werden auch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auf Antrag gewährt. Antragsberechtigt ist der Pflegebedürftige sowie die Pflegeperson, wenn es um die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson oder um Pflegekurse geht, darüber hinaus kann auch ein von diesen Personen Bevollmächtigter die Leistungen beantragen.

### **Vorversicherungszeit (§ 33 Abs. 2 SGB XI)**

53 Um die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht zu überfordern, kann auf Dauer nicht von einer Vorversicherungszeit als Leistungsvoraussetzung abgesehen werden. Daher ist seit 1. Januar 1996 stufenweise eine Vorversicherungszeit eingeführt worden. Sie betrug zunächst ein Jahr und wurde jährlich zum



1. Januar um ein weiteres Jahr verlängert. Seit dem 1. Januar 2000 erhält nur noch derjenige Leistungen, der innerhalb einer Rahmenfrist von 10 Jahren eine Vorversicherungszeit von 5 Jahren nachweisen kann. Dabei werden Zeiten der Familienversicherung oder der Weiterversicherung mitberücksichtigt. Wer zum Zeitpunkt der Antragstellung die vorgesehene Vorversicherungszeit nicht erfüllt, bleibt nicht auf Dauer vom Leistungsbezug ausgeschlossen. Vielmehr hat er die Möglichkeit, nach Erfüllen der Vorversicherungszeit erneut einen Antrag zu stellen. Darauf sollte ihn die Pflegekasse hinweisen.

Damit Personen, die infolge des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, keine Nachteile entstehen, werden die bis zu diesem Zeitpunkt ununterbrochen bei den privaten Versicherungsunternehmen zurückgelegten Versicherungszeiten auf die Vorversicherungszeit angerechnet.

## **Ruhen von Leistungsansprüchen** (§ 34 SGB XI)

### **Ruhen bei Auslandsaufenthalt**

54 Solange sich der Versicherte im Ausland aufhält, ruht sein Anspruch auf Leistungen. Wie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung kann der Pflegebedürftige nur dann Pflegeleistungen beanspruchen, wenn dies durch Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts vorgesehen ist.

Während eines nur vorübergehenden Auslandsaufenthalts wird das Pflegegeld bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr weitergezahlt. Ggf. kann in diesem Zeitraum auch die Pflegesachleistung beansprucht werden, wenn die pflegende Person den Pflegebedürftigen begleitet.

Abweichendes gilt bei Aufenthalt im Bereich der EU, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz, denn der Europäische Gerichtshof hat entschieden, dass pflegebedürftige Versicherte der deutschen Pflegeversicherung auch bei Wohnsitznahme oder längerem Aufenthalt in einem Land der EU (bzw. des EWR oder in der Schweiz) das Pflegegeld zeitlich unbegrenzt erhalten können, da es sich bei dem Pflegegeld EU-rechtlich um eine Geldleistung bei Krankheit handele. Nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sind Geldleistungen von dem Staat, in dem man versichert ist, in andere Staaten der EU zu exportieren, Sachleistungen werden grundsätzlich

nicht exportiert. Daher sind auch Sachleistungen der deutschen Pflegeversicherung nicht ins EU-Ausland zu exportieren. Versicherte der deutschen Pflegeversicherung, die sich im EU-Ausland aufhalten, haben vielmehr im Rahmen der so genannten Sachleistungszuschüsse, Anspruch auf diejenigen Pflegesachleistungen, die nach dem Recht des Aufenthaltsstaates vorgesehen sind. Auf diese Weise wird ein einheitliches Leistungsniveau für die Wohnbevölkerung eines Staates sichergestellt.

### **Ruhen bei Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit**

55 Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind grundsätzlich nachrangig gegenüber Entschädigungsleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit gewährt werden.

Bezieht ein Pflegebedürftiger Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, wie z. B. die Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG oder die Kostenübernahme bei stationärer Pflege nach § 35 Abs. 6 BVG, kann er insoweit keine Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung beanspruchen. Das gleiche gilt, wenn Pflegeleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder Leistungen aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht bezogen werden. Ausnahmen bilden die so genannten Fürsorgeleistungen, wie die Hilfe zur Pflege nach § 26 c BVG, die im Rahmen der Kriegsofferfürsorge geleistet wird. Da diese Leistungen nur bei Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen und seiner nahen Angehörigen gewährt werden, sind sie nachrangig gegenüber den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Von den Ruhensvorschriften unberührt bleibt der Rechtsanspruch der Pflegepersonen auf die Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung und auf Unfallversicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung.

### **Ruhen bei häuslicher Krankenpflege, Krankenhausbehandlung und stationärer Rehabilitationsmaßnahme**

56 Der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, so weit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, da der Pflegebedürftige in dieser Zeit



Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch den jeweils zuständigen Leistungsträger erhält. Insofern werden die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht benötigt. Werden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht, besteht der Anspruch der Pflegeperson auf die Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung und auf Unfallversicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung fort, da sie den Pflegebedürftigen weiterhin pflegen muss. Ebenso erfolgt bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung / Rehabilitationsmaßnahme in den ersten vier Wochen keine Kürzung des Pflegegeldes mit Rücksicht auf die weiter bestehende Pflegebereitschaft der Pflegepersonen, die ansonsten die häusliche Pflege sicherstellen.

### **Erlöschen der Leistungsansprüche (§ 35 SGB XI)**

57 Ein Anspruch auf Leistungen besteht grundsätzlich nur für die Dauer der Mitgliedschaft. Verstirbt ein Versicherter, besteht für die mitversicherten Familienangehörigen, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, kein nachgehender Leistungsanspruch. Da sie nahtlos die Versicherung bei der bisherigen Pflegekasse fortsetzen können, entweder als Pflichtversicherte, Weiterversicherte oder Familienversicherte bei dem anderen Elternteil, entsteht hier kein Zeitraum ohne Leistungsansprüche.

### **Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29 SGB XI)**

58 In der sozialen Pflegeversicherung gilt – wie dies auch aus dem Krankenversicherungsrecht bekannt ist – das Wirtschaftlichkeitsgebot, d. h. die Leistungen der Pflegeversicherung müssen wirksam und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot setzt voraus, dass die Leistungen nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden müssen und dass sie nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden dürfen, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben oder mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 73 Abs. 3 SGB XI als abgeschlossen gilt.

Nimmt ein Versicherter Leistungen bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch, handelt

es sich um einen Fall der selbst sichergestellten Pflege, für den der Pflegegeldanspruch vorgesehen ist. Werden Leistungen von Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen, die zwar zugelassen sind, mit denen aber keine vertragliche Regelung über die Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 SGB XI besteht, ist der Leistungsanspruch nicht ausgeschlossen, jedoch wird den Pflegebedürftigen der Preis, den sie in diesen Fällen unmittelbar mit der Pflegeeinrichtung vereinbart haben, nur bis zu 80 v. H. des Betrages erstattet, den die Pflegekasse nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit nach §§ 36 bis 43 SGB XI zu leisten hat. Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig. Pflegekasse und Pflegeeinrichtung müssen den Pflegebedürftigen rechtzeitig auf diese Rechtsfolgen hinweisen.

### **Anpassung der Leistungen (§ 30 SGB XI)**

59 Das Gesetz sieht eine Dynamisierung der Leistungen vor. Die Anpassung der Leistungen erfolgt allerdings nicht automatisch und in regelmäßigen Zeitabständen. Die Leistungshöhe wird vielmehr unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragsstabilität durch Rechtsverordnung angepasst, soweit durch steigendes Einkommen der Versicherten und die dynamische Beitragsbemessungsgrenze sich in der Pflegeversicherung Finanzspielraum für eine Dynamisierung der Leistungen ergibt.

## **Begriff und Stufen der Pflegebedürftigkeit**

### **Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)**

#### **Grundsätzliche Definition**

60 Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer besteht. Im Vergleich zu den bisherigen Regelungen im Krankenversicherungsrecht – das Leistungen nur für Schwerpflegebedürftige vorsah – werden auch die erheblich Pflegebedürftigen in den Kreis der leistungsberechtigten Personen einbezogen. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Pflegeversicherung eine breite Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit bieten muss. Andererseits müssen geringfügige, gelegentliche oder nur kurzfristig erforderliche Hil-

feleistungen unterhalb der Schwelle der erheblichen Hilfebedürftigkeit nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Für diesen Hilfebedarf kann und soll der Einzelne selbst eintreten.

### **Leistungsvoraussetzung – Hilfebedarf auf Dauer**

61 Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist dadurch gekennzeichnet, dass Hilfebedürftigkeit auf Dauer besteht. Der Einschub „voraussichtlich für mindestens sechs Monate“ präzisiert den Begriff „auf Dauer“ in mehrfacher Hinsicht.

Zum einen wird festgelegt, dass nur Zeiträume von mehr als sechs Monaten die Voraussetzung „auf Dauer“ erfüllen. Zum anderen wird verdeutlicht, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Hilfebedürftigkeit länger als sechs Monate andauern wird. Beispiele für solche Krankheitsbilder sind die dauernde Hilfebedürftigkeit bei einer schweren Krebserkrankung oder bei einer Rückenmarkverletzung mit Lähmung der Arme und Beine. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch dann gegeben, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt.

62 Vor Ablauf von sechs Monaten ist auch dann die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit möglich, wenn vorhersehbar ist, dass das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit zwar vermindert werden kann, Hilfebedürftigkeit in erheblichem oder höherem Maße aber über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus andauern wird. Für die Feststellung der konkreten Pflegestufe (§ 15 SGB XI) ist in diesen Fällen von dem nach sechs Monaten voraussichtlich noch bestehenden Hilfebedarf auszugehen. Ist eine weitere Verbesserung des Zustandes des Pflegebedürftigen zu erwarten, hat der Medizinische Dienst durch Nachuntersuchungen in geeigneten Zeitabständen zu prüfen, ob die zuerkannte Pflegestufe noch vorliegt.

### **Ursachen der Pflegebedürftigkeit**

63 Pflegebedürftigkeit kann als Folge einer körperlichen oder geistigen bzw. seelischen Krankheit bzw. Behinderung entstehen. Organische Erkrankungen einerseits und psychische Erkrankungen andererseits werden gleichberechtigt nebeneinander gestellt.

### **Die Hilfen im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes**

64 Die Hilfeleistung im Sinne der Pflegeversicherung ist in zweifacher Weise möglich: Besteht Pflegebe-

dürftigkeit als Folge organischer Erkrankungen oder Behinderungen, hat die Pflegeperson für den Pflegebedürftigen die Verrichtungen des täglichen Lebens unmittelbar zu erledigen. Dazu gehören z. B. die Hilfen beim Aufstehen und zu Bett gehen oder das Kochen für den Pflegebedürftigen. Psychisch kranke, demente und hirnverletzte Menschen sind häufig in der Lage, diese Verrichtungen selbst auszuführen. Es fehlt ihnen jedoch die Fähigkeit, die Notwendigkeit der genannten Verrichtungen zu erkennen oder sie in sinnvolles Handeln umzusetzen. Für diesen Personenkreis ist die Anleitung und Beaufsichtigung bei den täglich wiederkehrenden Verrichtungen durch den Pflegebedürftigen im Sinne der Motivierung zur Selbsthilfe sicherzustellen. Durch die Beaufsichtigung wird verhindert, dass sich der Pflegebedürftige gefährdet.

Auch bei Pflegebedürftigkeit als Folge einer organischen Erkrankung kann die Hilfeleistung „Anleitung“ infrage kommen, wenn z. B. im Rahmen der aktivierenden Pflege neue Fertigkeiten erlernt werden müssen.

Allerdings kommt es bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe nur auf die erforderliche Anleitung und Beaufsichtigung an, die für die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt werden. Eine darüber hinausgehende Betreuung und allgemeine Beaufsichtigung gehört nicht zu den maßgeblichen Hilfeleistungen.

### **Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens**

65 § 14 Abs. 4 SGB XI konkretisiert die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Begutachtung und Abstufung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Die Verrichtungen sind in vier Bereiche unterteilt: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.

#### **a) Körperpflege**

Die zu berücksichtigenden Verrichtungen bei der Körperpflege sind: Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darmentleerung und die Blasenentleerung.

#### **b) Ernährung**

Bei der Ernährung werden gewertet: das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung.

Zur Zubereitung zählen z. B. das mundgerechte Zubereiten belegter Brote, das Zerkleinern der

Nahrungsmittel, das Einweichen harter Nahrung bei Kau- und Schluckbeschwerden und das Einfüllen von Getränken in Trinkgefäße. Zur Nahrungszufuhr gehören die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, flüssig) wie auch die Verabreichung von Sondennahrung mit ausschließlich flüssigen Nahrungsmitteln, z. B. bei Erkrankungen des Magens oder Darms oder die Verabreichung der Nahrung und die Verwendung von Besteck oder anderer geeigneter Geräte (gegebenenfalls das Bereitstellen behindertengerechten Geschirrs oder Essbestecks).

#### c) Mobilität

Bei der Mobilität werden berücksichtigt: das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, das An- und Auskleiden, das Gehen und das Stehen, das Treppensteigen, das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Bei der Begutachtung der Mobilität sind insbesondere solche Hilfeleistungen zu prüfen, die zur Aktivierung des Pflegebedürftigen beitragen. Das Leben des Pflegebedürftigen soll nicht auf die Wohnung beschränkt bleiben. Es sollen allerdings nur solche Einrichtungen außerhalb der Wohnung in die Begutachtung einbezogen werden, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen notwendig machen. Weitere Hilfen – z.B. bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen – sind zwar wünschenswert, können aber durch die Pflegeversicherung nicht finanziert werden.

#### d) Hauswirtschaftliche Versorgung

Bei der hauswirtschaftlichen Versorgung werden berücksichtigt: das Einkaufen, das Kochen oder das Reinigen der Wohnung, das Spülen, das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen der Wohnung.

Hilfebedarf allein bei der hauswirtschaftlichen Versorgung führt jedoch nicht zur Anerkennung der erheblichen Pflegebedürftigkeit. Vielmehr ist es erforderlich, dass Hilfebedarf in den einzelnen Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlicher Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht.

### Stufen der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI)

66 Für die Zwecke der Leistungsgewährung sind die Erscheinungsformen der Pflegebedürftigkeit in drei

Pflegestufen einzuteilen. Maßgeblich sind die Art, die Häufigkeit und der Zeitaufwand für die benötigten Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich wird in allen Pflegestufen Hilfebedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung vorausgesetzt.

#### Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)

67 Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) haben mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei der aufgeführten Einrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Bei psychisch kranken, dementen und hirnerkrankten Menschen ist mindestens einmal täglich die Notwendigkeit der Beaufsichtigung oder Anleitung bei zwei oder mehr Einrichtungen des täglichen Lebens Voraussetzung für die Anerkennung der Pflegestufe I.

Zur Pflegestufe I gehört auch der Personenkreis, der zweimal täglich – z. B. am Morgen und am Abend – Hilfebedarf hat.

#### Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

68 Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) haben mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. In der Regel wird dies am Morgen, am Mittag und am Abend der Fall sein. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Psychisch kranke, demente und hirnerkrankte Menschen werden dieser Pflegestufe zugeordnet, wenn sie mindestens dreimal täglich, insbesondere am Morgen, am Mittag und am Abend der Beaufsichtigung und Anleitung bei den regelmäßig wiederkehrenden Einrichtungen des täglichen Lebens bedürfen.

#### Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

69 Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind rund um die Uhr bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität hilfebedürftig. Der Hilfebedarf besteht regelmäßig auch in der Nacht. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Bei psychisch kranken, dementen und hirnerkrankten Menschen sind die Voraussetzungen dann erfüllt, wenn der Bedarf an Beaufsichtigung oder Anleitung so groß ist, dass der Pflegebedürftige rund um die Uhr, d. h. auch in der Nacht, beaufsichtigt oder angeleitet werden muss.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt werden. Eine weitergehende Differenzierung nach Pflegestufen erfolgt für diesen Personenkreis nicht.

### Pflegebedürftige Kinder

70 Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Begutachtung eines Antrages auf Pflegeleistungen bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf bei der Ernährung, der Körperpflege und – bei Kindern jenseits des Säuglingsalters – der Mobilität.

Eine Vereinfachung bei der Feststellung des Hilfebedarfs hinsichtlich der hauswirtschaftlichen Versorgung von Kindern ist in den Begutachtungs-Richtlinien geregelt:

Bei kranken oder behinderten Kindern bis zum vollendeten achten Lebensjahr gilt der Zeitbedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung als erfüllt, wenn neben den übrigen in § 15 Abs. 1 SGB XI genannten Voraussetzungen der Pflegestufe I bis III über den eines gesunden gleichaltrigen Kindes liegender hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf z. B. beim Kochen, Spülen, Wechseln oder Waschen der Wäsche bzw. Kleidung nachgewiesen ist.

Bei Kindern im Alter zwischen acht und vierzehn Jahren kann unter den genannten Voraussetzungen in einzelnen Pflegestufen ein bestimmter Anteil des zeitlichen Mindestwertes für den Hilfebedarf bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen unterstellt werden: In der Pflegestufe I 30 Minuten, in der Pflegestufe II und III jeweils 45 Minuten.

Reichen diese zeitlichen Pauschalen zur Erfüllung der Voraussetzungen für die jeweilige Pflegestufe nicht aus, müssen die jeweiligen zeitlichen Voraussetzungen durch einen Hilfebedarf bei Verrichtungen der Grundpflege aufgefüllt oder ein konkreter

zeitlicher Mehrbedarf bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen nachgewiesen werden.

### Zeitaufwand für die Pflege

71 Mit dem Ersten SGB XI-Änderungsgesetz wurde § 15 Abs. 3 SGB XI neu gefasst. Die erstmals in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen genannten Zeitaufwände für die Pflegestufen I, II und III wurden in das Gesetz selbst aufgenommen.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Einzelne der in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen sind mit geringfügigem Zeitaufwand durchzuführen. Personen, die z. B. nur Hilfebedarf bei der Zahnpflege oder dem Kämmen haben, würden grundsätzlich die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit erfüllen und bei einer täglichen Dauer der Hilfe von etwa 15 Minuten Leistungen der Solidargemeinschaft beanspruchen können. Um hier Missbrauch zu verhindern, ist ein zeitlicher Mindestaufwand für die Hilfeleistungen vorgeschrieben.

Durch die Aufnahme dieser zeitlichen Änderungen in das Gesetz hat der Gesetzgeber den genannten Zeiten einen höheren Stellenwert hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit bei der Begutachtung zugeordnet.

### Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI)

#### Antragsverfahren und Entscheid

72 Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird durch einen Antrag des Pflegebedürftigen auf eine Leistung eingeleitet (§ 33 SGB XI, § 16

SGB I). Die Anspruchsvoraussetzungen sind durch die Pflegekasse von Amts wegen zu prüfen (§§ 20 und 21 SGB X). Auch ohne Antrag hat die Pflegekasse schon dann tätig zu werden, wenn sie von dritter Seite erfährt, dass Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist (vgl. § 7 Abs. 2 SGB XI). Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Stufe der Pflegebedürftigkeit ist ebenso wie die Prüfung des Vorliegens der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen Aufgabe der Pflegekassen.

### **Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**

73 § 18 Abs. 1 SGB XI schreibt die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in das Verfahren zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit zwingend vor. Entsprechend dem Grundsatz, dass Rehabilitation Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung hat, prüft der Medizinische Dienst gleichzeitig Rehabilitationsmöglichkeiten (§ 18 Abs. 6 SGB XI) und auch die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 40 SGB XI).

Die Erstuntersuchung, aber auch die Wiederholungsuntersuchungen, hat der Medizinische Dienst im Wohnbereich des Pflegebedürftigen vorzunehmen. Dies schließt nicht aus, dass ein Antragsteller, der sich noch im Krankenhaus befindet, bereits dort untersucht werden kann.

Bei der Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen sind neben den medizinischen Aspekten auch Feststellungen zur häuslichen Pflege- und Versorgungssituation und zum sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen zu treffen. Es ist auf besondere Belastungen bei der Pflegetätigkeit aufgrund der Gesamtsituation zu achten.

Im Rahmen der Feststellungen von Rehabilitationsmöglichkeiten ist auch zu prüfen, ob durch rehabilitative Maßnahmen die Pflege für die Pflegeperson erleichtert werden kann.

Zu den Aufgaben des Medizinischen Dienstes gehört auch die Erstellung eines Pflegeplanes. Der Pflegeplan soll Auskunft über die im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall erforderlichen Hilfen über notwendige Hilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI) geben, Vorschläge über Maßnahmen zur Rehabilitation sowie eine Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit sowie Aussagen über die sich

daraus ergebende Notwendigkeit von Wiederholungsuntersuchungen enthalten.

### **Neue Fachkräfte im medizinischen Dienst**

74 Die Beteiligung von in der Pflege geschulten Fachkräften bei der Aufgabenerfüllung des Medizinischen Dienstes wird vorgeschrieben. Krankenschwestern und Altenpflegerinnen verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung über spezifisches Wissen, das bei den Begutachtungs- und Entscheidungsprozessen des Medizinischen Dienstes genutzt werden soll. Pflegefachkräfte sollen besonders bei der Aufstellung eines Pflegeplanes beteiligt sowie bei der Begutachtung der Aktivierungsmöglichkeit des Pflegebedürftigen und bei Empfehlungen zur häuslichen und stationären Pflege herangezogen werden. Die Pflegefachkräfte sind vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen einzustellen oder im Wege von Beraterverträgen als Sachverständige zu beschäftigen. Zu den sonstigen geeigneten Fachkräften, die der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung beteiligen kann, gehören insbesondere auch Sozialarbeiter.

## **Organisation der sozialen Pflegeversicherung**

75 Die soziale Pflegeversicherung wurde als eigenständige fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt (§ 1 Abs. 1 SGB XI) und trat damit neben die Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen (§ 1 Abs. 3, 46 Abs. 1 SGB XI). Sie sind selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 46 Abs. 2 SGB XI) und unterliegen der staatlichen Aufsicht.

Die Pflegekassen wurden unter dem Dach der Krankenkassen errichtet. Bei jeder Krankenkasse wurde eine Pflegekasse errichtet, d. h. bei jeder allgemeinen Ortskrankenkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, bei der See-Krankenkasse, den landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie bei jeder Ersatzkasse. Die Pflegekassen haben kein eigenes Verwaltungspersonal, vielmehr handeln die Krankenkassen mit ihrem Personal zugleich für die Pflegekassen.

76 Die Pflegekassen als Körperschaften öffentlichen Rechts sind kraft Gesetzes zum 1. Juni 1994 (Art. 68



Abs. 4 PflegeVG i.V.m. § 46 SGB XI und Art. 46 PflegeVG) entstanden. Die Krankenkassen stellen ihre räumliche, sächliche und personelle Infrastruktur für die bei ihnen errichteten Pflegekassen zur Verfügung. Die Geschäftsstellen der Krankenkassen wurden für die Aufgaben der Pflegekassen ggf. durch Einstellung neuen Verwaltungspersonals bei der Krankenkasse erweitert. Aus Sicht der Versicherten gibt es praktisch nur eine Kasse für die Kranken- und Pflegeversicherung.

77 Die Ansiedlung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen vermeidet nicht nur einen zusätzlichen kostenintensiven Verwaltungsaufbau, sondern ist auch wegen des fließenden Überganges zwischen Pflegebedürftigkeit und Krankheit sinnvoll. Pflegebedürftige benötigen häufig auch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere medizinische Behandlungspflege (§ 37 SGB V) und Maßnahmen zur Rehabilitation. Eine Absicherung von Pflege und Krankheit unter einem Dach ermöglicht eine Verzahnung beider Bereiche.

Die Selbständigkeit der jeweiligen Pflegekasse gegenüber der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zeigt sich insbesondere bei folgenden Punkten:

- Die Pflegekassen sind selbst Träger von Rechten und Pflichten (Rechtsfähigkeit).
- Sie treten nach außen unter eigenem Namen und in eigener Verantwortung auf.
- Sie haben eine eigene Satzung.
- Sie haben eine gesonderte Haushaltsführung und Rechnungsprüfung und sind finanziell selbständig, gerade auch gegenüber der Krankenkasse, bei der sie errichtet sind.
- Sie legen eigene Geschäftsübersichten und Statistiken vor.
- Die Mitgliederbestände beider Versicherungsbereiche sind nicht hundertprozentig deckungsgleich. In der sozialen Pflegeversicherung sind zusätzlich die in § 21 SGB XI aufgeführten Personenkreise und die nach § 26 SGB XI freiwillig Weiterversicherten einbezogen und es gibt Versicherte, die von dem Recht zum freiwilligen Beitritt zur sozialen Pflegeversicherung Gebrauch gemacht haben (§ 26a SGB XI). Andererseits können sich die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten von

der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen und zur privaten Pflegeversicherung überwechseln (§ 22 SGB XI sowie Art. 41 Abs. 1 PflegeVG).

Die organisatorische Anbindung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen vollzieht sich insbesondere in folgenden Bereichen:

- Die Organe der Krankenkasse (Verwaltungsrat, Vorstand) sind gleichzeitig die Organe der Pflegekasse (§ 46 Abs. 2 SGB XI).
- Die Pflegekassen haben kein eigenes Verwaltungspersonal und keinen gesonderten Medizinischen Dienst (§ 18 Abs. 1 SGB XI).
- Sie haben kein eigenes Verwaltungsvermögen (§ 62 SGB XI, § 259 SGB V).
- Die Pflegekassen haben keine eigenen Landes-, Bundes- und Spitzenverbände (§§ 52, 53 SGB XI). Die Aufgaben auf Landesebene werden vielmehr von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Aufgaben auf Bundesebene jeweils von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen sowie von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommen.
- Krankenkassen und Pflegekassen gehören zusammen, sie können nur gemeinsam gegründet, aufgelöst, geschlossen und mit anderen Kranken- und Pflegekassen vereinigt werden (§ 46 Abs. 5 SGB XI).
- Die staatliche Aufsicht über die Kranken- und Pflegekasse erfolgt durch dieselbe Stelle (§ 46 Abs. 6 SGB XI).
- Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf (§ 101 SGB XI).
- Krankenkassen und Pflegekassen verarbeiten Daten in gemeinsamen Angelegenheiten, z. B. Feststellung der Versicherungspflicht und der Familienversicherung, gemeinsam (§ 96 SGB XI).

78 Für die durch die Mitbenutzung der räumlichen, sächlichen und personellen Infrastruktur entstehenden Mehrkosten zahlen die Pflegekassen den Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale. Die



Aufbringung und Verteilung der Verwaltungskosten vollzieht sich in drei Stufen:

- Die Gesamtheit der Pflegekassen erstattet an die Gesamtheit der Krankenkassen 3,5% des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen der Pflegekassen als Verwaltungskostenpauschale (Gesamtpauschale für alle Krankenkassen; § 46 Abs. 3 SGB XI).
- Die Mittel für die Gesamtpauschale werden im Rahmen des Finanzausgleichs von allen Pflegekassen im Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen aufgebracht (§ 66 SGB XI).
- Die Verteilung der Gesamtpauschale auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt nach näherer Bestimmung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung). Die Spitzenverbände haben untereinander vereinbart, als Maßstab für die Verteilung der Gesamtpauschale auf die einzelnen Krankenkassen überwiegend das Volumen der bei der Pflegekasse anfallenden Leistungsausgaben (zu 70%) und daneben die Höhe der von der Pflegekasse erzielten Beitragseinnahmen (zu 30%) zugrunde zu legen.

Neben der Verwaltungskostenpauschale übernehmen die Pflegekassen 50% der Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

79 Zur Erfassung aller Versicherungspflichtigen sind bußgeldbewehrte Meldepflichten vorgesehen (§§ 50, 51, 112 SGB XI; Art. 42 Abs. 4, Art. 46 Abs. 2 PflegeVG). Für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten erübrigt sich eine zusätzliche Meldung zur Pflegekasse, die Meldung zur Krankenkasse gilt als Meldung zur Pflegekasse.

Im Hinblick auf den allgemeinen Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werden sich eventuelle künftige Organisationsreformen der Krankenkassen auch auf die Pflegekassen auswirken.

## Finanzierung der Pflegeversicherung

### Umlageverfahren

80 Die Mittel der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge sowie sonstige Einnahmen

gedeckt (§ 54 Abs. 1 SGB XI). Die Finanzierung erfolgt im so genannten Umlageverfahren, d. h., die benötigten Mittel werden jeweils durch die laufenden Einnahmen aufgebracht. Von der Höhe des Beitragsatzes und dem Beitragszuschlag für Kinderlose abgesehen entspricht das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung weitgehend dem Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung.

### Beitragsatz und Beitragsbemessungsgrenze

81 Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung betrug bei Einführung der Pflegeversicherung zum 01.01.1995 zunächst 1,0% und seit 01.07.1996 bei In-Kraft-Treten auch der stationären Pflegeleistungen 1,7% der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 55 Abs. 1 SGB XI). Beihilfeberechtigte Mitglieder der Pflegekassen (z. B. Beamte) erhalten für sich und die familienversicherten Angehörigen, die nach den Beihilfavorschriften als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten, die Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte und zahlen dementsprechend auch nur den halben Beitrag (§§ 28 Abs. 2, 55 Abs. 1, Satz 2 SGB XI).

Da die landwirtschaftliche Krankenversicherung bisher keine Beitragssätze kennt, wird hier ein dem Beitragssatz der Pflegeversicherung entsprechender Zuschlag zum Krankenversicherungsbeitrag erhoben (§ 57 Abs. 3 SGB XI).

Während die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Beitragsentwicklung durch Verordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates angepasst werden kann (§ 30 SGB XI), kann der Beitragssatz nur durch Gesetz geändert werden.

Weil Kinder die Beitragszahler der Zukunft sind und mit Kindererziehung eine Grundlage für die künftige Funktionsfähigkeit der im Umlageverfahren finanzierten sozialen Pflegeversicherung geschaffen wird, wird Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung seit 1. Januar 2005 besonders berücksichtigt. Kinderlose haben einen Zuschlag in Höhe von 0,25 v. H. zu tragen, d. h. der Beitragssatzanteil, z. B. eines kinderlosen Arbeitnehmers, erhöhte sich von 0,85 v. H. auf 1,1 v. H. Damit wurde der vom Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 3. April 2001 geforderte Beitragsabstand zwischen Versicherten mit und ohne Kinder hergestellt. Von der Zuschlagspflicht ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940

geboren sind, sowie Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Weiterhin aufgenommen sind auch Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie Wehr- und Zivildienstleistende. Für Bezieher von Arbeitslosengeld I werden Beitragszuschläge pauschal in Höhe von 20 Mio. Euro pro Jahr von der Bundesagentur für Arbeit an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt (Verwaltungsvereinfachung). Der einzelne Bezieher von Arbeitslosengeld I hat keinen Beitragszuschlag zu entrichten, aber der Bundesagentur für Arbeit ist die Möglichkeit eingeräumt worden, die Belastung an die Bezieher von Arbeitslosengeld I abzuwälzen.

82 Es gilt in der sozialen Pflegeversicherung dieselbe Beitragsbemessungsgrenze wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, sie beträgt einheitlich in den alten und neuen Bundesländern 3.562,50 Euro monatlich.

### **Bemessungsgrundlage**

83 Die Beitragsbemessungsgrundlagen, d. h. die Einnahmen, die beitragsmäßig berücksichtigt werden, stimmen in der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung weitestgehend überein (§ 57 Abs. 1 und 4 SGB XI). Dies liegt im Interesse der Verwaltungsvereinfachung sowohl bei den beitragsanzahlenden als auch bei den beitragsabführenden Stellen.

Die beitragsrechtliche Unterscheidung zwischen Pflichtversicherten und freiwilligen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung wurde für das Beitragsrecht der Pflegeversicherung übernommen, obwohl die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind.

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sind beim Bezug von Lohnersatzleistungen wie Verletzengeld, Übergangsgeld und Versorgungskrankengeld 80% des der Berechnung der jeweiligen Lohnersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts beitragspflichtig. In der sozialen Pflegeversicherung ist daneben auch das diesen Leistungen vergleichbare Krankengeld mit 80% des der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegenden Arbeitsentgelts beitragspflichtig (§ 57 Abs. 2 SGB XI).

### **Beitragstragung und Beitragszahlung**

84 Auch die Beitragstragung und Beitragszahlung ist in der Krankenversicherung und Pflegeversicherung

weitgehend identisch ausgestaltet (§§ 58 Abs. 1, 59, 60 SGB XI). Die Beiträge werden in allen Bundesländern (außer Sachsen) von den Versicherten und den Arbeitgebern je zur Hälfte aufgebracht, d. h. derzeit tragen die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber jeweils 0,85% des Arbeitsentgelts als anteiligen Beitrag. Die Beiträge für Arbeitslose trägt die Bundesagentur für Arbeit. Die Beiträge werden durch den Arbeitgeber bzw. Leistungsträger abgeführt. In Sachsen, wo bei Einführung der Pflegeversicherung kein Feiertag abgeschafft wurde, tragen die Arbeitnehmer 1,35% und die Arbeitgeber 0,35%. Der Arbeitgeber behält den Beitragsanteil des Arbeitnehmers vom Lohn ein und überweist den Beitrag an die zuständige Krankenkasse als Einzugsstelle. Seit 1. April 2004 müssen Rentner den Beitrag zur Pflegeversicherung aus der Rente allein tragen, bis zu diesem Zeitpunkt haben die Rentner und die Rentenversicherungsträger die Beiträge je zur Hälfte getragen.

85 Bei Krankengeldbeziehern tragen die Mitglieder und die Krankenkassen den Beitrag je zur Hälfte und die Beitragsabführung erfolgt durch die Krankenkassen. Für die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, die zusätzlich in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden (§ 21 Nr. 1 bis 5 SGB XI), tragen und zahlen die jeweiligen Leistungsträger die Beiträge.

### **Beitragszuschüsse**

86 Freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen ihre Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (ebenso wie die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung) selbst. Sie erhalten aber z. B. als Beschäftigte oder Vorruhestandsgeldempfänger von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Beamte erhalten keinen Beitragszuschuss, sondern stattdessen die Leistungen der Beihilfe (§§ 28 Abs. 2, 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

### **Beitragsfreiheit**

87 Ehepartner, Lebenspartner und Kinder, deren monatliches Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt, sind als Familienversicherte beitragsfrei abgesichert (§§ 25, 56 Abs. 1 SGB XI). Diese Geringfügigkeitsgrenze beläuft sich seit 01.01.2006 auf 350 Euro monatlich. Personen, die einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen, können bis zu einem Verdienst von 400 Euro monatlich beitragsfrei familienversichert sein (gilt seit 01.04.2003). Beitragsfreiheit besteht auch bei Bezug

von Mutterschafts- und Erziehungsgeld (§ 56 Abs. 3 SGB XI). Die beitragsfrei versicherten Familienangehörigen erhalten jedoch uneingeschränkte Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Ehegatten, die wegen der Kindererziehung ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder einschränken, erleiden keinerlei Einbußen in ihrer Pflegeabsicherung.

Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und Leistungen nach anderen Rechtsgrundlagen, z. B. nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung hierfür erhalten, sind auf Antrag beitragsfrei versichert, wenn sie die Pflegeversicherung auch nicht in Ansehung von mitversicherten Familienangehörigen benötigen (§ 56 Abs. 4 SGB XI).

Im Übrigen haben die Versicherten auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit Beiträge zur Pflegeversicherung nach den allgemeinen Regeln zu entrichten. Es besteht also keine Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige.

### Finanzausgleich

88 Um einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung zu ermöglichen, ist ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich vorgesehen, den das Bundesversicherungsamt durchführt (§§ 65 ff SGB XI). Der Ausgleich wird als Liquiditätsausgleich monatlich durchgeführt und um einen Jahresausgleich ergänzt. Der Finanzausgleich führt nicht dazu, dass sich einzelne Pflegekassen auf Kosten der anderen unwirtschaftlich verhalten können, denn:

- der Leistungsumfang ist im Einzelnen gesetzlich vorgegeben,
- bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist die Einschaltung des Medizinischen Dienstes vorgeschrieben,
- die Vereinbarung der Pflegesätze erfolgt nicht durch einzelne Pflegekassen im Alleingang und
- die Verwaltungskosten werden pauschal erstattet.

Die Pflegekassen dürfen als Betriebsmittel nur eine Monatsausgabe und als Rücklage eine halbe Monatsausgabe vorhalten (§§ 63, 64 SGB XI). Darüber hinausgehende Überschüsse der sozialen Pflegeversicherung werden vom Bundesversicherungsamt verwaltet.

Neben dem Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung gibt es auch einen Ausgleich zwischen den privaten Pflegeversicherungsunternehmen, es gibt aber keinen Ausgleich zwischen der sozialen Pflegeversicherung einerseits und der privaten Pflegeversicherung andererseits.

## Die private Pflegepflichtversicherung

89 Personen, die ihr Krankheitsrisiko bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgesichert haben, sind seit dem 1. Januar 1995 verpflichtet, auch das Pflegerisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzusichern. Den Versicherungsunternehmen sind Rahmenbedingungen für die Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung vorgegeben worden, die zwingend einzuhalten sind, um sicherzustellen, dass die der privaten Pflegeversicherung zugewiesenen Personen dort den Versicherungsschutz zu sozialverträglichen Bedingungen erhalten können. Diese Rahmenbedingungen weichen von den sonst in der privaten Versicherungswirtschaft üblichen Versicherungsbedingungen, insbesondere auch von den üblichen Prämienkalkulationsprinzipien erheblich ab, sie schränken die Vertragsfreiheit der Unternehmen stark ein.

### Der versicherte Personenkreis

90 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht für:

- alle privat Krankenversicherten mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen, das sind rund 8 Mio. Bundesbürger. Eine private Zusatz- oder Reisekrankenversicherung löst keine Pflicht zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages aus (§ 23 Abs. 1 SGB XI).
- Beamte und Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben und privat krankenversichert sind oder keine Krankenversicherung haben (§ 23 Abs. 3 SGB XI).
- Heilfürsorgeberechtigte, die weder privat noch gesetzlich krankenversichert sind, weil sie über ihren Anspruch auf freie Heilfürsorge ausreichend für den Krankheitsfall abgesichert sind (§ 23 Abs. 4 SGB XI). Dazu zählen z. B. Berufssoldaten, Polizeibeamte, Polizeivollzugsbeamte

im Bundesgrenzschutz und Feuerwehrleute. Die Zuordnung dieses Personenkreises zur privaten Pflegeversicherung ist sachgerecht, weil dieser Personenkreis nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst Anspruch auf Beihilfeleistungen hat wie Beamte, die ebenfalls der privaten Pflegeversicherung zugewiesen sind.

- Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversicherung der Bundesbahn, das sind rd. 1,35 Mio. Versicherte einschließlich Familienangehörige.
- Abgeordnete, die privat oder gar nicht krankenversichert sind (§ 24 SGB XI).

Zum versicherten Personenkreis der privaten Pflegeversicherung gehören auch die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten, die von ihrem Recht zur Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung Gebrauch gemacht haben (§ 22 Abs. 1 SGB XI und Artikel 42 PflegeVG).

### Familienversicherung

91 Kinder sind unter denselben Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert wie in der sozialen Pflegeversicherung (§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe f SGB XI), in der Regel also bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, bei Schul- und Berufsausbildung sowie bei Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres oder eines freiwilligen ökologischen Jahres bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres und im Falle einer Behinderung, die es dem Kind unmöglich macht, sich selbst zu unterhalten, ohne zeitliche Beschränkung. Vorausgesetzt wird jedoch, dass das Kind kein monatliches Gesamteinkommen hat, das die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt, das sind 350 Euro (Wert 2006). Für Kinder mit geringfügiger Beschäftigung beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro monatlich. Für Ehepartner und eingetragene Lebenspartner gibt es – anders als in der sozialen Pflegeversicherung – keine beitragsfreie Mitversicherung, jedoch eine Prämienvergünstigung (§110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g SGB XI).

### Versicherungsfreiheit und Befreiungsrechte

92 Versicherungsfreiheit in der privaten Pflegeversicherung besteht für diejenigen privat krankenversicherten Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits

Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 des SGB VII, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen (§ 23 Abs. 5 SGB XI). Wer diese Entschädigungsleistungen bei stationärer Pflege erhält, würde aufgrund der Ruhensregelung des § 34 SGB XI in der Regel ohnehin keine Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erwarten können. Die Regelung entspricht der Beitragsfreiheitsregelung für entsprechende Entschädigungsleistungsempfänger, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind. Die Versicherungsfreiheit gilt allerdings nur für den Leistungsempfänger selbst, nicht für seine Angehörigen.

93 Befreiungsmöglichkeiten von der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung sieht das Gesetz nicht vor. Diese hätten nur bei gleichzeitiger Verpflichtung, sich in der sozialen Pflegeversicherung pflichtzuversichern, eingeräumt werden können. Dies hätte jedoch zu der Gefahr der „Rosinenpickerei“, zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung geführt. Den privaten Versicherungsunternehmen wäre es durch entsprechende Annahmepolitik möglich geworden, so genannten schlechten Risiken ihres Krankenversicherungsbereichs die Pflegeversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nahe zu legen. Befreiungsrechte wären zudem sozialpolitisch nicht sinnvoll, weil auf diese Weise ohne zwingenden Grund der im Interesse des einzelnen liegende Grundsatz der Einheitlichkeit des Trägers von Pflege- und Krankenversicherung durchbrochen worden wäre.

### Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht

94 Um die Einhaltung der Versicherungspflicht zu kontrollieren, werden die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, diejenigen bei ihnen krankenversicherten Personen unverzüglich dem Bundesversicherungsamt zu melden, die es trotz Aufforderung unterlassen haben, innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes, bei Neuabschlüssen von Krankenversicherungsverträgen innerhalb von 3 Monaten nach Vertragsabschluss, einen Versicherungsvertrag in der privaten Pflegeversicherung abzuschließen. Das gleiche gilt für die Fälle, in denen eine bestehende private Pflegepflichtversicherung von dem Versicherungsnehmer gekündigt und der Abschluss

eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherungsunternehmen nicht nachgewiesen wird (§ 51 Abs. 3 SGB XI).

Eine Meldepflicht obliegt auch dem Dienstherrn für Heilfürsorgeberechtigte, die nach § 23 Abs. 4 SGB XI in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden. Ebenso haben die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahn die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Gesetzes bei ihnen Versicherten an das Bundesversicherungsamt zu melden. Die Nichterfüllung der Verpflichtung zum Abschluss sowie zur Aufrechterhaltung eines privaten Pflegepflichtversicherungsvertrages stellt nach § 121 SGB XI eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einer Geldbuße bis zu 2.500 Euro geahndet werden kann.

### Beitrittsrecht

95 Zum 01.01.2002 ist als Folge einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 03.04.2001 für Nichtkrankenversicherte ein befristetes Beitrittsrecht zur Pflegeversicherung vorgesehen worden (§ 26a SGB XI). Eingeführt wurde ein dreigestuftes Beitrittsrecht, das danach differenziert, ab welchem Zeitpunkt der Betroffene zu den Nichtversicherten gehört, bzw. ab wann sich die Frage eines Beitritts gestellt hat oder stellen wird. Neben einem Beitrittsrecht für die zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 01.01.1995 Nichtversicherten einerseits (§ 26a Abs. 1) und für die nach dem 01.01.1995 bis zum 01.01.2002 hinzugekommenen Nichtversicherten andererseits (§ 26a Abs. 2) ist unter engen Voraussetzungen auch ein befristetes Beitrittsrecht für künftige Sachverhalte, insbesondere für Auslandsrückkehrer, vorgesehen (§ 26a Abs. 3). Die Beitrittswilligen, die zum Zeitpunkt der Beitrittserklärung ihren Wohnsitz im Inland haben müssen, können sich entscheiden, ob sie einer der nach § 48 Abs. 3 wählbaren sozialen Pflegekassen beitreten oder die Versicherung in der privaten Pflegeversicherung bevorzugen wollen. Das gewählte private Versicherungsunternehmen ist zum Abschluss des Versicherungsvertrages verpflichtet. (Nähere Ausführungen zum Beitrittsrecht vgl. Rdnr. 32a).

### Leistungen

96 Der private Pflegepflichtversicherungsvertrag muss Leistungen vorsehen, die denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind, und zwar nicht

nur für das Mitglied selbst, sondern auch für die Familienangehörigen und Lebenspartner, für die bei einer Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung Anspruch auf Familienversicherung bestünde (§ 23 Abs. 1 SGB XI). Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes setzt voraus, dass der Einzelne sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege entweder Geldleistungen in der Höhe erhält, wie sie in der sozialen Pflegeversicherung für die jeweilige Stufe der Pflegebedürftigkeit vorgesehen sind, oder aber Kostenerstattung in Höhe der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Sachleistung. Dies bedeutet auch, dass die Leistungen in dem Rahmen anzupassen sind, in dem die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach § 30 SGB XI angepasst werden.

Die erforderliche Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes schließt insbesondere mit ein, dass die privaten Versicherungsunternehmen an die gesetzliche Rentenversicherung Beiträge zur Alterssicherung der Pflegepersonen in gleichem Umfang zu entrichten haben, wie dies den Pflegekassen vorgeschrieben ist. Außerdem müssen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung angelegt werden (§ 23 Abs. 6 SGB XI).

Bei Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben, sind bei der Prüfung der Gleichwertigkeit des privaten Versicherungsschutzes die Leistungen der Beihilfe in die Bewertung mit einzubeziehen. Es reicht in diesen Fällen ein beihilfeergänzender Teilkostentarif.

### Sozialverträgliche Rahmenbedingungen für die Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung

97 Für die Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung wird den Versicherungsunternehmen folgendes vorgeschrieben (§ 110 SGB XI):

- Kontrahierungszwang, d. h. die Unternehmen sind zum Vertragsabschluss verpflichtet,
- keinen Ausschluss von Vorerkrankungen des Versicherten,
- keine Risikozuschläge,
- keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
- keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,



- keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
- keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; dies sind bei einem Beitragssatz von 1,7% 60,56 Euro (Wert ausgehend von der Beitragsbemessungsgrenze 2006: 3.562,50 Euro monatlich). Bei Beihilfeberechtigten mit Teilkostentarif darf die Höchstprämie nach dem Gesetz 50% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen, in der Praxis liegt sie mit 24,22 Euro (Wert 2006) darunter,
- die beitragsfreie Mitversicherung der nicht erwerbstätigen Kinder des Versicherungsnehmers unter den gleichen Voraussetzungen wie in der sozialen Pflegeversicherung sowie
- Prämienvergünstigung für den nicht erwerbstätigen Ehepartner oder den eingetragenen Lebenspartner des Mitglieds; d. h.: für beide zusammen keine Prämie von mehr als 150 v. H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet (Wert 2006: 350 Euro monatlich). Bei geringfügig beschäftigten Ehepaaren beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro monatlich.

98 Diese Bedingungen gelten für alle Versicherungsverträge, die geschlossen wurden mit

- Personen, die bereits zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Gesetzes Mitglied bei einem Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen gewesen sind,
- freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, die innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten des Gesetzes, also bis zum 30. Juni 1995, von ihrem Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung Gebrauch gemacht haben und zur privaten Pflegeversicherung übergewechselt sind,
- Heilfürsorgeberechtigten sowie Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahn, die nach § 23 Abs. 4 zum 1. Januar 1995 als Versicherungspflichtige

der privaten Pflegeversicherung zugewiesen worden sind und

- Personen, die zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 01.01.1995 kraft Gesetzes von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ausgeschlossen waren und aufgrund des zum 01.01.2002 neu geschaffenen Beitrittsrechts nach § 26a Abs. 1 SGB XI bis zum 30.06.2002 den Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages beantragt haben.

99 Für das so genannte Neugeschäft, also für Personen, die sich erst nach In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes privat krankenversichert haben und damit in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig geworden sind, oder die von der zum 01.01.2002 neu geschaffenen Beitrittsmöglichkeit nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gelten die gleichen Versicherungsbedingungen mit folgenden Ausnahmen:

- bereits pflegebedürftige Personen müssen nicht aufgenommen werden,
- eine Staffelung der Prämien nach dem Gesundheitszustand ist möglich, Risikozuschläge sind jedoch nur möglich, so weit der Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung noch nicht erreicht ist,
- die Begrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung gilt erst, wenn der Versicherungsnehmer eine Vorversicherungszeit von mindestens 5 Jahren in der privaten Pflegeversicherung oder der privaten Krankenversicherung nachweisen kann und
- ein Höchstbeitrag für Ehepartner und eingetragene Lebenspartner ist nicht vorgesehen.

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung der Pflegeversicherung bei den so genannten Neuzugängen sind gelockert, weil der Personenkreis, der sich zu einem späteren Zeitpunkt für die private Krankenversicherung entscheidet, damit gleichzeitig auch eine Entscheidung im Hinblick auf die private Pflegeversicherung trifft, er weiß also, auf welche Bedingungen er sich einlässt.

100 Die privaten Versicherungsunternehmen sind auch hinsichtlich struktureller Kriterien an gesetzliche Vorgaben gebunden. Dazu zählt z. B. der sich aus der Beitragszuschussregelung des § 61 Abs. 6 SGB XI ergebende Zwang zum Betrieb der Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung, zur



Beitragsserhebung auf versicherungsmathematischer Grundlage und zur Vornahme versicherungstechnischer Rückstellungen, mit denen die ausreichende Vorsorge für ältere Versicherte erreicht werden soll, sowie die Verpflichtung zur Verwendung der Überschüsse zugunsten der Versicherungsnehmer. Zur Gleichwertigkeit gehört zudem die in § 23 Abs. 6 SGB XI vorgeschriebene Anerkennung von Vorversicherungszeiten bei Wechsel von der sozialen Pflegeversicherung zur privaten Pflegeversicherung (und umgekehrt) sowie die Vorgabe, dass der Versicherungsschutz bei Vertragsverletzungen des Versicherungsnehmers aufrechterhalten bleibt. Zu diesem Zweck sind die Kündigungs- und Rücktrittsrechte der Versicherungsunternehmen eingeschränkt worden (§ 110 Abs. 4 SGB XI). So ist für sie unter anderem kein Kündigungsrecht in Fällen gegeben, in denen der Versicherungsnehmer mit seiner Versicherungsprämie in Verzug ist. Damit wird gleichzeitig auch verhindert, dass der Versicherungspflichtige durch vertragswidriges Verhalten seine Versicherungspflicht unterlaufen kann. Selbstverständlich bleiben jedoch Leistungsverweigerungsrechte der Versicherungsunternehmen für den Zeitraum erhalten, in dem der Versicherungsnehmer keine Prämien entrichtet. Durch die Bußgeldvorschrift des § 121 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI besteht die Möglichkeit, den Versicherungsnehmer zur Erfüllung seiner Vertragspflichten und damit zur Aufrechterhaltung seines Versicherungsschutzes anzuhalten.

*101* Alle dargestellten Rahmenbedingungen, die die privaten Versicherungsunternehmen zwingend zu beachten haben, gelten nur für die private Pflegepflichtversicherung, d. h. nur für Verträge, die in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 23 SGB XI und Artikel 42 PflegeVG geschlossen werden. Sie gelten nicht für Pflegeversicherungsverträge, die auf freiwilliger Basis von einzelnen abgeschlossen werden, z. B. freiwillige Zusatzversicherungen.

## Beiträge

*102* Die Prämien werden grundsätzlich nach dem Kapitaldeckungsprinzip kalkuliert, sie enthalten demzufolge auch einen Sparanteil. Wegen der im Interesse der Versicherungsnehmer erforderlichen sozialverträglichen gesetzlichen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich, risikoäquivalente Prämien zu kalkulieren, es sind in großem Umfang Umlageelemente in die Prämienkalkulation mit einzubeziehen. Insbesondere bei älteren und/oder vorerkrankten oder

bereits pflegebedürftigen Personen muss wegen der Begrenzung auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung ein hoher Beitragsanteil von den jüngeren Versicherten mitfinanziert werden. Für Beamte gilt ein Standardtarif, der mit Rücksicht auf die Beihilfeansprüche verminderte Leistungen vorsieht, die von den Beihilfebemessungssätzen abhängig sind.

Für Studenten, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus der Familienversicherung ausscheiden und eigenständig pflegeversicherungspflichtig werden, gilt in der privaten Pflegepflichtversicherung bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres ein Sondertarif. Der Beitrag in diesem Tarif beträgt 13,30 Euro monatlich (Wert 2006). Nach Vollendung des 34. Lebensjahres werden die Beiträge der Studenten entsprechend ihrem Eintrittsalter bemessen.

## Beitragszuschüsse

*103* Arbeitnehmer, die Mitglied in einer privaten Pflegepflichtversicherung sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in der Höhe, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für die private Pflegepflichtversicherung zu zahlen hat. Bei der Bemessung des Zuschusses kann der Arbeitgeber auch Aufwendungen für anspruchsberechtigte Familienangehörige berücksichtigen, so weit die Hälfte des Arbeitgeberanteils zur sozialen Pflegeversicherung noch nicht erreicht ist.

Der Anspruch auf den Beitragszuschuss setzt voraus, dass

- der Versicherungsvertrag Vertragsleistungen für den Beschäftigten und seinen Angehörigen vorsieht, die denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind,
- das Versicherungsunternehmen die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt, sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Zuschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden, und die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten, betreibt und
- der Beschäftigte dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von 3 Jahren eine Bescheinigung des

Krankenversicherungsunternehmens darüber vorlegt, dass die Aufsichtsbehörde ihm bestätigt hat, dass es die Versicherung nach den oben genannten Voraussetzungen betreibt.

Liegt der Beschäftigungsort in Sachsen, also in dem Bundesland, das keinen Feiertag abgeschafft hat, beträgt der Arbeitgeberanteil 0,35 v. H. des Arbeitsentgelts, das bei einer Versicherung des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung der Beitragsbemessung zugrunde gelegt würde. Der Zuschuss des Arbeitgebers ist jedoch begrenzt auf die Hälfte der tatsächlich zu zahlenden Prämie.

104 Beitragszuschüsse können auch privat versicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld und privat versicherte Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung erhalten (§ 61 Abs. 4 und 5 SGB XI). Beitragszuschüsse sind zudem für privat pflegeversicherte Studenten, Wehrpflichtige, Künstler usw. in § 13a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes, § 19a des Arbeitssicherstellungsgesetzes, § 8a des Eignungsübungs-gesetzes, § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes, § 53a des Bundesversorgungsgesetzes sowie in § 10a des Künstlersozialversicherungsgesetzes vorgesehen. Für privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld I übernimmt die Bundesagentur für Arbeit nach § 207a SGB III die Beiträge in der Höhe, die sie bei einer Versicherungspflicht des Leistungsbeziehers in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte; für Bezieher von Arbeitslosengeld II ergibt sich der Anspruch auf den Zuschuss der Bundesagentur zum Pflegeversicherungsbeitrag aus § 26 SGB II.

105 Beamte erhalten von ihren Dienstherren keinen Beitragszuschuss, sondern stattdessen die Leistungen der Beihilfe zu Aufwendungen aus Anlass der Pflege.

### **Zuständiges Unternehmen**

106 Entsprechend dem Grundsatz „Pflege folgt Krankenversicherung“ ist der Pflegeversicherungsvertrag grundsätzlich bei dem Versicherungsunternehmen abzuschließen, bei dem auch der Krankenversicherungsschutz besteht. Dies liegt im wohlverstandenen Interesse des Einzelnen, weil nur bei Einheitlichkeit des Versicherungsträgers von Pflege- und Krankenversicherung Abgrenzungsstreitigkeiten darüber, ob im Einzelfall noch eine behandlungsbedürftige Krankheit oder bereits Pflegebedürftigkeit gegeben ist, vermieden werden können. Aus EU-rechtlichen

Gründen ist jedoch den privat Krankenversicherten die Möglichkeit eingeräumt, auch ein anderes privates Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Pflegerisikos zu wählen. Das Wahlrecht ist innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben. Für das gewählte andere Unternehmen gelten ebenfalls der Kontrahierungszwang sowie alle anderen oben dargestellten Rahmenbedingungen für die Durchführung der privaten Pflegeversicherung.

Heilfürsorgeberechtigte und Beamte, die über Sondersysteme gegen das Krankheitsrisiko abgesichert und daher nicht bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert sind, sowie Beitrittsberechtigte nach § 26a SGB XI können von vornherein die Pflegeversicherung bei einem Unternehmen ihrer Wahl abschließen.

### **Finanzausgleichssystem innerhalb der privaten Pflegepflichtversicherung**

107 Die in § 110 SGB XI festgelegten Rahmenbedingungen zur sozialverträglichen Ausgestaltung der privaten Pflegepflichtversicherung machen einen Finanzausgleich zwischen allen Versicherungsunternehmen zwingend erforderlich, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben. Daher ist diesen Versicherungsunternehmen gesetzlich vorgegeben, ein Ausgleichssystem zu schaffen und zu erhalten, mit dem dauerhaft und wirksam die unterschiedlichen Belastungen aus dem privaten Pflegeversicherungsgeschäft ausgeglichen werden. Die Versicherungsunternehmen haben den Ausgleich selbst zu organisieren und sich auf die dazu erforderlichen vertraglichen oder gesellschaftsrechtlichen Rechtsbeziehungen zu verständigen. Für den Ausgleich sind zwei inhaltliche Vorgaben aufgestellt: Der Ausgleich muss Dauerhaftigkeit und Wirksamkeit gewährleisten; zusätzlich muss deutschen oder ausländischen Unternehmen, die zu einem späteren Zeitpunkt Pflegeversicherungen anbieten, ein Marktzugang zu gleichen Bedingungen offen gehalten werden. Es ist eine gemeinsame Kalkulation der Beiträge vorgeschrieben; dabei muss jedoch aus kartellrechtlichen Gründen Wettbewerb im Bereich der Bruttoprämien erhalten bleiben, d. h., es darf keine Einheitsprämie geben, bei der der Wettbewerb weitestgehend entfallen würde. Der Gesetzgeber erlaubt den Versicherungsunternehmen nur die Wettbewerbsbeschränkung, die mit dem Finanzausgleich notwendigerweise verbunden ist. Zulässig ist daher lediglich eine einheitliche Nettoprämie, bei der die Kosten und die veranschlagten Gewinne nicht

einkalkuliert sind. Auf diese Weise werden gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsanreize der Unternehmen im Bereich der Verwaltungskosten gegeben.

Der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ist die Aufsicht über das Ausgleichssystem der privaten Pflegeversicherung übertragen. Die Versicherungsaufsicht erstreckt sich sowohl auf die Ausgestaltung als auch auf die Durchführung des Ausgleichs.

### **Zuständige Gerichtsbarkeit bei Streitigkeiten in Angelegenheiten der privaten Pflegepflichtversicherung**

*108* Mit Artikel 33 des Pflegeversicherungsgesetzes wurden durch eine Änderung des § 51 Abs. 2 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes alle Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem SGB XI entstehen, damit also auch die Streitigkeiten in Fragen der privaten Pflegepflichtversicherung, den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen.

### **Vertrags- und Vergütungsrecht**

*109* Die Pflegekassen haben den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag, im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 69 SGB XI). Da die Pflegekassen in der Regel (eine Ausnahme ist die angestellte Einzelpflegeperson nach § 77 Abs. 2 SGB XI) keine eigenen Einrichtungen und Dienste vorhalten, mit denen sie ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen können, sind sie auf die Hilfe Dritter angewiesen. Sie schließen zu diesem Zweck Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten.

### **Beziehungen der Pflegekassen zu den Pflegeeinrichtungen**

*110* Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege grundsätzlich nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen - also durch Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) besteht - gewähren.

*111* Das Gesetz unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Beide Begriffe werden in § 71 SGB XI definiert und voneinander abgegrenzt:

- Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1 SGB XI).
- Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und in denen sie ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

*112* Bei der ambulanten „häuslichen“ Pflege bleibt der Pflegebedürftige in seiner Wohnung; die Betreuung wird ihm „ins Haus gebracht“. Wohnung in diesem Sinn kann neben dem eigenen Haushalt auch ein fremder Haushalt, u. U. auch ein Altersheim, ein Altenwohnheim oder ein Heim für Behinderte sein, in die der „ambulante“ Pflegebedürftige aufgenommen ist (§ 36 Abs. 1 Satz 2 SGB XI), nicht dagegen eine stationäre Pflegeeinrichtung. Der Begriff der ambulanten Pflegeeinrichtung umfasst nicht nur die herkömmlichen Sozialstationen in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft, sondern auch private Hauspflegedienste.

*113* Bei vollstationärer Pflege wird der Pflegebedürftige aus seiner häuslichen Umgebung herausgelöst und für die Dauer der Pflege in ein Pflegeheim aufgenommen. Auch bei teilstationärer Pflege begibt sich der Pflegebedürftige in eine Einrichtung außerhalb seiner Wohnung, etwa um dort tagsüber (im Rahmen eines „strukturierten Tagesablaufs“) oder nachts gepflegt zu werden oder aktivierende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Vollstationäre Pflegeheime versorgen die Pflegebedürftigen bei Tag und Nacht.

*114* Für alle Arten von Pflegeeinrichtungen stellt der Gesetzgeber in § 11 Abs. 1 SGB XI zwei zwingende Anforderungen auf:

- Die Einrichtung muss geeignet und in der Lage sein, die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen.
- Inhalt und Organisation ihrer Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

*115* Das setzt grundsätzlich voraus, dass die von der Einrichtung angebotene ambulante oder stationäre Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ausgeführt wird (§ 71 Abs. 1 und 2 SGB XI).

- Durch das Erste SGB XI-Änderungsgesetz ist ausdrücklich klargestellt worden, dass verantwortliche Pflegefachkräfte in diesem Sinn nur in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege ausgebildete Pflegekräfte sein können. Außerdem ist eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre (Rahmenfrist) erforderlich (§ 71 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz hat diese Rahmenfrist für bestimmte Fälle der Kindererziehung, der Tätigkeit als Pflegeperson, eines Studiums oder einer sonstigen Weiterbildungsmaßnahme (mit Abschluss) auf höchstens acht Jahre verlängert.
- Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher als ausgebildete Pflegefachkräfte. Auch sie müssen eine praktische Berufserfahrung innerhalb der Rahmenfrist nachweisen können (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

*116* Die Einrichtung muss „selbständig wirtschaftend“ sein. Das ist sie dann, wenn sie entweder ausschließlich Pflegebedürftige versorgt oder (bei gemischten Einrichtungen) den „Betriebsbereich“ der Pflege finanziell und wirtschaftlich getrennt von ihrem übrigen Leistungsangebot führt, so dass eine klare Trennung der Finanzverantwortung der unterschiedlichen Teilbereiche komplexer Einrichtungen möglich ist.

*117* Wirtschaftliche Selbständigkeit in diesem Sinne ist zum einen deswegen erforderlich, um die unterschiedlichen Finanzierungsverantwortlichkeiten und Vergütungssysteme für Pflegeeinrichtungen einerseits und bspw. für Krankenhäuser andererseits sauber voneinander zu trennen. Sie soll zum anderen die wirtschaftliche und finanzielle Verantwortung und Eigenverantwortung des Trägers der Pflegeeinrichtung unterstreichen, mit denen er zur pflegerischen Versorgung der Versicherten im Rahmen des

öffentlich-rechtlichen Leistungssystems der Pflegeversicherung zugelassen werden will.

*118* Leistungsanbieter, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können nicht Vertragspartner der Pflegekassen bei den Versorgungs- und Vergütungsverträgen sein. Das schließt nicht aus, dass die Pflegekassen geeignete Einzelpersonen, die nicht die gesetzlichen Merkmale eines Pflegegedienstes erfüllen, im Einzelfall in die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten einbeziehen (§ 77 SGB XI).

*119* In § 71 Abs. 4 SGB XI, der 1996 durch das Erste SGB XI-Änderungsgesetz in das Pflegeversicherungsgesetz eingeführt wurde, wurde ausdrücklich klargestellt, dass stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI sind.

#### **Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen**

*120* Mit der Definition der Pflegedienste und Pflegeheime ist der Kreis der Pflegeeinrichtungen abgesteckt, auf den die Pflegekassen zur Erfüllung des ihnen übertragenen Sicherstellungsauftrags zurückgreifen können (§ 69 Satz 1 SGB XI).

*121* Bei der Verwirklichung des Sicherstellungsauftrags stehen sich Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen als gleichberechtigte Vertragspartner gegenüber. Die Pflegekassen haben die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten (§ 69 Satz 3 SGB XI).

#### **Versorgungsverträge**

*122* Die Pflegekassen dürfen zur Sicherstellung der häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege nur solche ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen, mit denen ihre Landesverbände einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

*123* Der Versorgungsvertrag ist das Bindeglied zwischen den Leistungsansprüchen der Versicherten auf häusliche oder stationäre Pflege und dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen für die pflegerische Versorgung der Versicherten.

124 Der Versorgungsvertrag legt Art, Inhalt und Umfang der so genannten allgemeinen Pflegeleistungen fest, die die Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages zu erbringen hat (§ 72 Abs. 1 SGB XI). Das sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI).

125 Gegenstand des Versorgungsvertrages und damit des Versorgungsauftrags können nur Sach- oder Dienstleistungen sein, auf die der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch hat. Das sind bei häuslicher Pflege die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Bei stationärer Pflege sind dies voll- oder teilstationäre Versorgung und Kurzzeitpflege (§§ 41 bis 43 SGB XI).

### Parteien des Versorgungsvertrages

126 Parteien des Versorgungsauftrages sind gem. § 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI

- auf Seiten der Leistungserbringer der Träger der einzelnen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung,
- auf Seiten der Pflegeversicherung die Landesverbände der Pflegekassen.

127 Die Länderverbände der Pflegekassen können den Versorgungsvertrag nur gemeinsam und im Einvernehmen mit dem nach Landesrecht zuständigen überörtlichen oder örtlichen Träger der Sozialhilfe schließen. Mit der Beteiligung der Sozialhilfeträger soll nicht nur deren Finanzverantwortung berücksichtigt, sondern auch deren Sachverstand mit in das Zulassungsverfahren einbezogen werden.

### Zulassungsvoraussetzungen

128 Die Landesverbände der Pflegekassen dürfen Versorgungsverträge nur mit solchen Pflegeheimen und Pflegediensten abschließen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und sich verpflichten, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

129 Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht nur, so weit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge

zwar vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden (§ 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Da eine Bedarfszulassung allerdings nicht vorgesehen ist, hat diese Vorschrift keine praktische Bedeutung.

130 Diese formale Bevorzugung der freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen gegenüber den öffentlichen, insbesondere gegenüber den kommunalen Pflegeheimen und Pflegediensten, entspricht dem Subsidiaritätsprinzip. Die Regelung konkretisiert den Grundsatz der Trägervielfalt in Übereinstimmung mit der in den meisten Bundesländern geübten Rechtspraxis, dass soziale Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen von der öffentlichen Hand nur vorgehalten werden sollen, so weit die Versorgung nicht durch andere Träger sichergestellt ist.

131 Der Versorgungsvertrag ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich (§ 72 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Mit seinem Abschluss wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Hierdurch werden das Pflegeheim oder der Pflegedienst in ein öffentlich-rechtliches Sozialleistungssystem einbezogen, das gesetzliche Rechte und Pflichten beinhaltet:

- Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Bei ambulanten Pflegediensten gehört zu diesen Pflichten auch die Durchführung von Pflegepflichteinsätzen (§ 37 Abs. 3 SGB XI), die jeder Pflegebedürftige, der Pflegegeld bezieht, in den Pflegestufen I und II mindestens einmal halbjährlich, in der Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich abrufen muss.
- Zu den Rechten gehört, dass die Vergütung der ambulanten oder stationären Pflegeleistungen leistungsgerecht sein muss (§§ 84 Abs. 2, 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

132 Mit der Zulassung der Pflegeeinrichtung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten wird ein Kontrahierungszwang für die Pflegekassen ausgelöst (§ 72 Abs. 4 Satz 2 SGB XI). Eine nur bedarfsdeckende Zulassung ist nicht zulässig. Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu vergüten. Dabei ist zu beachten, dass



für die Vergütung das Vereinbarungs- bzw. Vertragsprinzip gilt.

*133* Gegen die Ablehnung des Versorgungsvertrages ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung (§ 73 Abs. 2 SGB XI).

### **Kündigung von Versorgungsverträgen**

*134* Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden (§ 74 Abs. 1 SGB XI). Der Träger der Pflegeeinrichtung kann auch ohne Angabe von Gründen kündigen. Die Landesverbände der Pflegekassen können dagegen nur mit der ausdrücklichen Begründung kündigen, die Pflegeeinrichtung biete nicht oder nicht mehr die Gewähr für eine wirksame oder wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten.

*135* Bei gröblicher Pflichtverletzung können die Landesverbände der Pflegekassen den Versorgungsvertrag auch fristlos kündigen. Als Beispiel für eine gröbliche Pflichtverletzung gegenüber den Kostenträgern nennt das Gesetz die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen. Eine gröbliche Pflichtverletzung gegenüber einem Pflegebedürftigen wird insbesondere dann angenommen, wenn dieser durch das Verhalten der Pflegeeinrichtung zu Schaden kommt (§ 74 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

*136* Bei Pflegeheimen ist eine fristlose Kündigung des Versorgungsvertrages auch dann zulässig, wenn dem Träger nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heims (§ 19 Abs. 1 HeimG) untersagt wird (§ 74 Abs. 2 Satz 3 SGB XI).

*137* Gegen die Kündigung des Versorgungsvertrages ist wie gegen seine Ablehnung der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet (§ 74 Abs. 3 SGB XI).

*138* Die Pflegebedürftigen können zwischen den zugelassenen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen (§ 2 Abs. 2 SGB XI).

### **Leistungs- und Preisvergleichsliste**

*139* Das Gesetz unterstützt das Wahlrecht der Pflegebedürftigen durch umfassende Informationen über die Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, in deren Einzugsbereich sie wohnen (§ 7 Abs. 3 SGB XI). Jedem Pflegebedürftigen ist von seiner Pflegekasse spätestens mit dem Bescheid

über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine entsprechende Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln, die die wesentlichen Inhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie der Vergütungsvereinbarung enthalten muss. Hierdurch soll der Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen untereinander gefördert und die Transparenz des vorhandenen Angebots für den Versicherten verbessert werden. Der Pflegebedürftige soll - insbesondere vor Inanspruchnahme eines Pflegedienstes - selbst überprüfen können, welches Angebot für ihn am vorteilhaftesten ist.

*140* Zugleich hat die Pflegekasse den bei ihr versicherten Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen (§ 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben an der Finanzierung und Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen. Hierbei muss die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet sein.

### **Rahmenverträge und Bundesempfehlungen**

*141* Die soziale Pflegeversicherung ist - wie auch die gesetzliche Krankenversicherung - vom Wirtschaftlichkeitsgebot geprägt (§ 29 Abs. 1 SGB XI). Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein, dürfen aber das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

*142* Das SGB XI überlässt die inhaltliche Erfüllung und Umsetzung dieses Gebots weitgehend der Selbstverwaltung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen. Diese werden vom Gesetzgeber in die Pflicht genommen, im Einvernehmen mit den zuständigen Sozialhilfeträgern Rahmenverträge (Landesebene) abzuschließen und Empfehlungen auf Bundesebene (Bundesempfehlungen) abzugeben, mit denen eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sichergestellt werden soll.

*143* Vertragspartner der Rahmenverträge auf Landesebene sind die Landesverbände der Pflegekassen und die Trägervereinigungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Sie können grundsätzlich nur gemeinsam und einheitlich handeln (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Für Pflegeeinrichtungen, die (unbeschadet ihrer Rechtsform) einer verfassten Kirche oder Religions-



gemeinschaft oder einem freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der betreffenden Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, der bzw. dem die Einrichtung angehört (§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die Pflegeversicherung respektiert damit in besonderer Weise die Selbständigkeit, das Selbstverständnis und die Unabhängigkeit der kirchlichen und freigemeinnützigen Träger (§ 11 Abs. 2 SGB XI). Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 75 Abs. 1 Satz 4 SGB XI).

*144* Zwingend vorgeschriebene Regelungsbereiche sind neben den allgemeinen Bedingungen der pflegerischen Versorgung u. a.:

- der Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
- die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
- Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
- der Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
- die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten sowie
- die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen und regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen.

### **Personalrichtwerte**

*145* Als Teil der Verträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI sind entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs bzw. zur Bemessung der Pfe-

gezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren. Dabei ist der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf von Pflegebedürftigen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bewährte internationale Erfahrungen, die in Deutschland erprobt sind, werden hierbei berücksichtigt (§ 75 Abs. 3 SGB XI). Die Anwendbarkeit der Heimpersonalverordnung bleibt von diesen Regelungen unberührt.

*146* Kommt ein Vertrag über ambulante oder stationäre Pflege ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei von der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI festgesetzt (§ 75 Abs. 4 SGB XI). Dies gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen. Die Schiedsstelle wird von den Verbänden der Beteiligten im Land gemeinsam gebildet und paritätisch besetzt. Der Stichtscheid liegt bei dem unabhängigen Vorsitzenden, den beide Seiten gemeinsam bestellen (§ 76 Abs. 2 und 3 SGB XI). Die Spitzenverbände der Selbstverwaltung sollen gemeinsam mit den weiteren Beteiligten Empfehlungen auf Bundesebene zum Inhalt der Rahmenverträge abgeben (§ 75 Abs. 6 SGB XI).

### **Häusliche Pflege durch Einzelpersonen**

*147* Das Gesetz gibt den Pflegekassen die Möglichkeit, neben den Pflegediensten auch Einzelpersonen in die häusliche Versorgung der Versicherten einzubeziehen. Statt einer förmlichen Zulassung durch einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen genügt hier ein Vertrag mit einer oder mehreren Pflegekassen, durch den Inhalt, Umfang, Vergütung sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der vereinbarten Leistungen individuell festgelegt werden (§ 77 Abs. 1 SGB XI).

*148* Der Abschluss eines individuellen Betreuungsvertrags liegt im pflichtgemäßen Ermessen der beteiligten Pflegekassen. Die Regelung dient dazu, die Versorgungsangebote der ambulanten Pflegeeinrichtungen durch gezielt eingesetzte, wohnortnahe Hilfen zu ergänzen. Zugleich wird hierdurch der Wettbewerb unter den Anbietern häuslicher Pflege gefördert.

*149* Das Erste SGB XI-Änderungsgesetz hat klar gestellt, dass die Pflegekassen keine individuellen Betreuungsverträge mit Angehörigen des Pflege-

bedürftigen abschließen dürfen. Dadurch soll die Umgehung des Anspruchs auf Pflegegeld und damit eine Überschreitung des Finanzrahmens der Pflegeversicherung verhindert werden.

### **Arbeitgebermodell**

*150* Außerdem ist es den von Pflegekassen unter Vertrag genommenen Pflegekräften nunmehr ausdrücklich untersagt, ein Beschäftigungsverhältnis mit den von ihnen betreuten Pflegebedürftigen einzugehen (§ 77 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Mit dieser grundsätzlichen Absage an das so genannte Arbeitgebermodell wird erreicht, dass bei selbst sichergestellter Pflege ausschließlich Pflegegeld und nicht die höhere Sachleistung bezogen werden kann.

*151* Eine Ausnahme macht das Gesetz, wenn das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und die vor diesem Stichtag erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind (§ 77 Abs. 1 Satz 4 SGB XI).

### **Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

*152* Ein wichtiges Instrumentarium im Rahmen des neuen Zulassungs- und Vergütungsrecht ist die Durchführung von Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen (§ 79 SGB XI).

*153* Die Kassenverbände sind ermächtigt, die Prüfungen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtung ggf. auch gegen den Willen des Trägers einer Pflegeeinrichtung durch einseitig von ihnen bestellte Sachverständige durchführen zu lassen.

*154* Die Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung hat eine doppelte Zielrichtung:

- Nachweisliche Unwirtschaftlichkeit kann, so weit sie nicht nur vorübergehend ist, Grundlage für eine Kündigung des Versorgungsvertrages sein (§ 79 Abs. 3 in Verbindung mit § 74 Abs. 1 SGB XI).
- Unabhängig hiervon ist das Prüfungsergebnis in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen (§ 79 Abs. 3 SGB XI).

### **Leistungs- und Qualitätsvereinbarung**

*155* Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) sieht in § 80a SGB XI den Abschluss von Leistungs-

und Qualitätsvereinbarungen (LQV) nach dem Vorbild des SGB XII vor. Mit diesem neuen Instrument wird ein flexibler, effektiver Weg angeboten, zeitnah vertragliche Vereinbarungen über die Belegungs- und Leistungsstruktur der Pflegeeinrichtungen zu treffen und sich über den erforderlichen Personal- und Sachmittelaufwand zu einigen. Die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Leistungen werden nach der Struktur und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert und die dafür notwendigen personellen und sächlichen Anforderungen vertraglich abgesichert. Der Runde Tisch „Pflege“ hat im Jahr 2005 die Abschaffung des neuen vertragsrechtlichen Instrumentariums der LQV mit dem Hinweis gefordert, hierdurch komme es zu einer übermäßigen bürokratischen Belastung der Pflegeeinrichtungen.

*156* Die vertraglichen Festlegungen in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind für alle Vertragsparteien in den Vergütungsverhandlungen als Bemessungsgrundlage für die Vergütungen unmittelbar verbindlich. Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig erkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird.

*157* Es kann jederzeit nachgeprüft werden, ob ein Pflegeheim auch tatsächlich das Personal bereitstellt und einsetzt, das für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der Heimbewohner notwendig ist. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger dies in einem Personalabgleich nachzuweisen. Der Personalabgleich bietet damit einen effektiven Schutz gegen einen nicht ausreichenden Personaleinsatz zum Schaden der Pflegebedürftigen.

### **Pflegevergütung**

*158* Die Vergütung der ambulanten und stationären Pflege ist durch die soziale Pflegeversicherung auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt worden. Diese umfasst sowohl das materielle Vergütungsrecht als auch das Vergütungsverfahren.

### **Duales Finanzierungssystem**

*159* Zum besseren Verständnis des komplexen Vergütungsrechts stellt das SGB XI in seinem § 82 eine Gesamtübersicht über die Finanzierung der Pflege-

einrichtungen zusammen. Das Gesetz geht dabei von einem so genannten „dualen“ Finanzierungssystem aus. Danach sind die Länder für die Vorhaltung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen verantwortlich; die laufenden Betriebs- und Versorgungskosten sind dagegen von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu zahlen.

### Monistisches Finanzierungssystem

160 Ursprünglich hatte die Bundesregierung in ihrem Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes vom 23. Juni 1993 (BR-Drucks. 505/93) ein „monistisches“ Finanzierungssystem vorgeschlagen, in dem sowohl die Investitionskosten als auch die Betriebskosten von den Pflegekassen „aus einer Hand“ über den Preis (Pflegesatz) finanziert werden sollten. Dieser Vorschlag scheiterte jedoch bereits im ersten Vermittlungsverfahren (Dezember 1993) am Widerstand der Länder.

### Investitionskosten

161 Die Pflegeversicherung kann ihre Aufgabe nur erfüllen, wenn sie auf ein ausreichendes, möglichst flächendeckendes Versorgungsangebot leistungsfähiger, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftender Pflegeeinrichtungen (Sozialstationen, ambulante Dienste, Pflegeheime, teilstationäre Einrichtungen) in freigemeinnütziger, privater und -(subsidiär)-öffentlicher Trägerschaft zurückgreifen kann. Dies wirft die Frage nach der Finanzierung der erforderlichen Pflegeinfrastruktur auf.

Die aus den Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung auszugliedernden Aufwendungen für die Finanzierung der Investitionen können den Pflegebedürftigen grundsätzlich gesondert berechnet werden. Für die gesonderte Berechnung investiver Aufwendungen ist zwischen Pflegeeinrichtungen, die öffentliche Investitionsfördermittel erhalten, und nicht geförderten Pflegeeinrichtungen zu differenzieren.

### Öffentlich geförderte Pflegeeinrichtungen

162 Nach der Grundsatzvorschrift des § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Zur Finanzierung der Investitionskosten sollen sie Einsparungen einsetzen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt.

Vorbild hierfür ist im Ansatz das duale Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Im Gegensatz zur Krankenhausfinanzierung (§ 8 KHG) gewährt die Pflegeversicherung den Pflegeeinrichtungen jedoch keinen gesetzlich verbrieften Rechtsanspruch auf Investitionsförderung. Diese liegt damit letztlich im Ermessen der Länder.

163 Soweit die Investitionskosten nicht durch öffentliche Fördermittel hinreichend gedeckt sind, kann es den Pflegeeinrichtungen schon aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht verwehrt werden, den nicht gedeckten Teil der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen. Dementsprechend sieht die soziale Pflegeversicherung eine Finanzierung der Investitionskosten vor (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI).

164 Danach kann das Heim die gesonderte Berechnung grundsätzlich einseitig vornehmen. Teilweise aus Landesmitteln geförderte Pflegeeinrichtungen bedürfen hierzu allerdings der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Nicht geförderte Pflegeeinrichtungen haben die gesonderte Berechnung von Investitionskosten der zuständigen Landesbehörde lediglich mitzuteilen (§ 82 Abs. 4 SGB XI).

165 Soweit Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind, ist der Sozialhilfeträger zur Übernahme gesondert berechneter Investitionskosten nach § 82 Abs. 4 PflegeVG nur verpflichtet, wenn hierüber entsprechende Vereinbarungen getroffen worden sind; für teilweise geförderte Pflegeheime (§ 82 Abs. 3 SGB XI) gilt dies nicht. An den sozialhilferechtlichen Vereinbarungen nach SGB XII zwischen den Trägern der Pflegeheime und der Sozialhilfe sind die Pflegekassen nicht beteiligt.

166 Die nicht durch Landesmittel gedeckten Investitionskosten dürfen weder in die Pflegesätze für die pflegebedingten Leistungen noch in die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung eingerechnet werden; sie sind vielmehr gesondert zu berechnen (§ 82 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Damit soll die erforderliche Transparenz gewahrt und vor allem die Verantwortung der Länder für die Investitionskostenfinanzierung unterstrichen werden.

167 Dieses Finanzierungskonzept wird durch die Abschottung der Pflegevergütung und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung von den Aufwendungen abgesichert, die dem Investitionsbereich zugeordnet

sind. Das Gesetz nennt in § 82 Abs. 2 SGB XI ausdrücklich die Aufwendungen für folgende Bereiche:

- für Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, in Stand zu halten oder in Stand zu setzen,
- für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
- für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
- für den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen sowie
- für die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Pflegevergütungen eingehen. Grundstücke sind z. B. von den Trägern selbst einzubringen. Den Ländern ist es aber unbenommen, in Anlehnung an das Krankenhausfinanzierungsrecht Grundstückskosten zu fördern, wenn andernfalls die Aufnahme der Fortführung des Einrichtungsbetriebes gefährdet wäre.

Eine Ausnahme bilden die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung zuzuordnen sind (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 Halbs. 2 SGB XI).

Mit dieser Ausgrenzung sind zugleich die Fördertatbestände bestimmt, die der Finanzierungsverantwortung der Länder obliegen.

In einigen Ländern werden die Belastungen der Pflegebedürftigen aus den gesondert berechenbaren Investitionskosten für die Gebäude und die abschreibungsfähigen Wirtschaftsgüter durch ein so genanntes Pflegewohngeld - als eine neben oder an Stelle der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung - abgemildert.

### **Nicht geförderte Pflegeeinrichtungen**

*168* Pflegeeinrichtungen, die keine staatlichen Fördermittel erhalten oder in Anspruch nehmen wollen, können ihre betriebsnotwendigen Investitionskosten den Pflegebedürftigen gleichfalls gesondert in Rechnung stellen. Die Gefahr einer Doppelfinanzierung besteht hier nicht. Einer staatlichen Genehmigung der gesonderten Berechnung bedarf es daher nicht.

*169* Voraussetzung für die gesonderte Berechnung der Investitionskosten ist bei nicht geförderten Pflegeeinrichtungen lediglich die Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde. Durch die Anzeigepflicht erhalten die Länder einen Überblick über die den Pflegebedürftigen gesondert berechneten Investitionskostenanteile bei nicht geförderten Pflegeeinrichtungen. Anhand dieser Informationen können sie entscheiden, ob eine nicht geförderte Pflegeeinrichtung in die Förderung aufgenommen werden soll. Damit können die Länder im Grundsatz auch bei bislang nicht geförderten Pflegeeinrichtungen den Anteil der auf die Pflegebedürftigen entfallenden Investitionskosten aufwendungen begrenzen, wenn sie eine Investitionsförderung vornehmen.

### **Leistungsgerechte Pflegevergütung**

*170* Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf

- eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
- bei stationärer Pflege außerdem auf ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

*171* Bei stationärer Pflege umfasst die Pflegevergütung auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung (§ 82 Abs. 1 SGB XI). Mit der Übernahme der Kosten der Behandlungspflege ist keine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit verbunden; es handelt sich also lediglich um eine tatsächliche Übernahme medizinischer Behandlungspflegekosten durch die Pflegeversicherung.

*172* Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern – also von den Pflegekasernen und der Sozialhilfe – zu tragen (§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

### **Unterkunft und Verpflegung**

*173* Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen (§ 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Er wird insoweit den Pflegebedürftigen gleich gestellt, die zu Hause gepflegt werden und die dort ebenfalls für ihre normalen Lebenshaltungskosten aufkommen müssen. Eine stationäre Vollversorgung durch die Pflegeversicherung erscheint im Interesse der Pflegebedürftigen auch aus sozial- und familienpolitischen Gründen nicht angezeigt. Sie würde insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen, die durchaus noch

in ihrer Familie versorgt werden könnten, einen Anreiz zur „Abschiebung“ ins Heim schaffen. Eine Übernahme der vollen Heimkosten durch die Pflegekassen (ohne Eigenleistung des Betroffenen) würde die im Heim untergebrachten Pflegebedürftigen im Verhältnis zu den zu Hause Gepflegten nicht nur finanziell besser stellen; sie würde auch Anreize dafür schaffen, nur leicht Pflegebedürftige oder gar rüstige ältere Menschen, die nicht in ein Heim gehören, in den Status „vollstationärer“ Pflegebedürftigkeit zu drängen.

174 Die Ansprüche auf eine leistungsgerechte Pflegevergütung und auf ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung stehen unter dem Vorbehalt, dass sie nur „nach Maßgabe“ des Achten Kapitels gewährt werden. Das bedeutet: Es gilt das Vereinbarungsprinzip (§§ 85, 87 SGB XI). Im Konfliktfall entscheidet eine unabhängige Schiedsstelle (§ 85 Abs. 5 SGB XI). Dies gilt gemäß § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI auch für den Bereich der ambulanten Pflegevergütung.

175 Sowohl die ambulante als auch die stationäre Pflegeleistung sind durch die leistungsrechtlichen Höchstbeträge des Gesetzes begrenzt (§§ 36 Abs. 3, 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2 SGB XI). Eine Selbstkostendeckungsgarantie für die nicht durch die Sachleistungsbeträge gedeckten Teile der Pflegevergütung ist nicht vorgesehen. Keine Pflegeeinrichtung kann jedoch im Hinblick auf die Eigentumsgarantie des Grundgesetzes (Artikel 14 GG) gezwungen werden, ihre Leistungen unterhalb ihrer „Gestehungskosten“ anzubieten und zu erbringen. Durch die neuere höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum so genannten externen Pflegesatzvergleich wird dieser Grundsatz allerdings in Frage gestellt. So weit die vereinbarten Pflegesätze die den Pflegekassen vorgegebenen leistungsrechtlichen Obergrenzen überschreiten, sind sie von den Pflegebedürftigen selbst (bei Bedürftigkeit ggf. von der Sozialhilfe) zu zahlen.

## Pflegesätze

176 Das Pflegesatzrecht des SGB XI gilt nur für Pflegeheime, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen geschlossen haben.

177 Pflegesätze sind nach der Definition des Gesetzes die Entgelte der Heimbewohner für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und so-

ziale Betreuung. Sie umfassen weder Unterkunft und Verpflegung noch Investitionskostenumlagen.

## Bemessungsgrundsätze für die Pflegevergütung

178 Das Gesetz stellt die zwingende Regel auf, dass die Pflegesätze leistungsgerecht sein müssen (§ 82 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Darin liegt für die Pflegeversicherung eine klare Absage an jegliche Form der nachträglichen Kostenerstattung.

179 Maßstab für die Bemessung der Pflegesätze sind neben den gesetzlichen Vorschriften des § 84 SGB XI die pflegesatzrelevanten Vorgaben

- der von der Selbstverwaltung der Beteiligten auf Bundesebene vereinbarten „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ vom 21. Oktober 1996 (BAnz. 1996 Nr. 213, S. 12041) und
- der Gemeinsamen Empfehlungen der Selbstverwaltung der Beteiligten auf Bundesebene gemäß § 75 Abs. 6 SGB XI zur teil- und vollstationären Pflege sowie zur Kurzzeitpflege vom 25. November 1996; verbindlich werden diese Empfehlungen allerdings erst mit ihrer Umsetzung in den Rahmenverträgen der Selbstverwaltung auf Landesebene (§ 75 Abs. 1 Satz 4 SGB XI).

180 Die wichtigsten gesetzlichen Bemessungsgrundsätze (§ 84 SGB XI) sind:

- Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.
- Bei der Bemessung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) zu beachten.
- Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Dies gilt auch für den Selbstzahler, der keinen öffentlichen Kostenträger hat. Auch ihm darf kein höherer Pflegesatz berechnet werden als dem „Kassenmitglied“. Eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.

181 Das Gesetz unterstreicht die Ausrichtung der Pflegesätze an einer leistungsgerechten, aber in prospektiver Sicht auch aufwandsgerechten Preisgestaltung dadurch, dass es für das Pflegeheim die



Möglichkeit eröffnet, Gewinne zu behalten, verbunden allerdings mit dem Risiko, auch Verluste zu machen, für die es selbst geradestehen muss (§ 84 Abs. 2 Satz 5 SGB XI). Dadurch sollen verstärkte Anreize zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung geschaffen werden.

182 Schließlich wird klargestellt, dass mit dem nach Pflegeklassen abgestuften Pflegesatz alle für die stationäre Versorgung des Pflegebedürftigen erforderlichen allgemeinen Pflegeleistungen des Pflegeheims abgegolten sind (§ 84 Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Die Regelung geht davon aus, dass Pflegeheime, die in Ausübung ihrer Vertragsfreiheit eine Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI treffen, in der Lage sind, mit der von ihnen vereinbarten Pflegevergütung auszukommen.

### **Pflegesatzverfahren**

183 Kernpunkte des neuen Pflegesatzverfahrens sind das Vereinbarungsprinzip, die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze sowie die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle.

184 Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des einzelnen Pflegeheims und den vor Ort als Kostenträger betroffenen Pflegekasernen und den Trägern der Sozialhilfe vereinbart (§ 85 Abs. 2 SGB XI). Das schließt nicht aus, dass der einzelne Träger sich bei den Pflegesatzverhandlungen und dem Abschluss der Pflegesatzvereinbarung durch Dritte (z. B. seinen Verband) vertreten lässt oder von der Möglichkeit Gebrauch macht, seine Pflegesätze durch die Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI vereinbaren zu lassen.

185 Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen. Das gilt auch für Träger, die mehrere zugelassene Pflegeeinrichtungen betreiben. Dadurch soll einerseits der Wettbewerb unter den Einrichtungen gefördert werden; andererseits wird dem legitimen Interesse der Pflegeheime Rechnung getragen, ihren Anspruch auf eine leistungsgerechte, am konkreten Versorgungsauftrag bemessene Vergütung in die Pflegesatzverhandlungen einzubringen. Die Aushandlung von einheitlichen Pflegesätzen für mehrere Pflegeheime ist dem besonderen Verfahren in der Pflegesatzkommission nach § 86 Abs. 2 SGB XI vorbehalten.

186 Das Pflegeheim hat auf Verlangen einer Vertragspartei Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie

die Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise darzulegen. Die Nachweise sind rechtzeitig vor Beginn der Vergütungsverhandlungen vorzulegen. Darüber hinaus sind auch weitergehende Auskünfte zu erteilen und auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen, so weit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Heimes erforderlich ist. Dazu gehören die pflegesatzerheblichen Angaben zum Jahresabschluss nach der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV), zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheimes sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und zur Eingruppierung (§ 85 Abs. 3 SGB XI).

187 Für den Fall, dass die Vertragsparteien sich nicht auf eine neue Pflegesatzvereinbarung einigen können, entscheidet die nach Landesrecht gebildete Schiedsstelle mit einem neutralen Vorsitzenden, dessen Stimme bei Stimmgleichheit den Ausschlag gibt (§ 85 Abs. 5 in Verbindung mit § 76 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Die Schiedsstelle muss auch dann entscheiden, wenn der als Vertragspartei betroffene Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluss widerspricht. Der Sozialhilfeträger kann im Voraus verlangen, dass an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder entscheiden oder nur der Vorsitzende allein entscheidet. Von der Schiedsstelle ist zu erwarten, dass sie zügig entscheidet, um den prospektiven Charakter der Pflegesätze auch im Konfliktfall zu wahren.

188 Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen dürfen nur im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims, für einen zukünftigen Pflegesatzzeitraum getroffen werden (§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Ein rückwirkendes In-Kraft-Treten von Pflegesätzen ist unzulässig (§ 85 Abs. 6 Satz 2 SGB XI). Dadurch soll die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze abgesichert und von vornherein dem Entstehen einer Kostenerstattungsmentalität entgegen gewirkt werden. Um einen nahtlosen zeitlichen Übergang von einer Pflegesatzvereinbarung zur anderen zu gewährleisten, gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum In-Kraft-Treten neuer Pflegesätze weiter (§ 85 Abs. 6 Satz 3 SGB XI).

189 Bei unvorhersehbaren Änderungen der Geschäftsgrundlage der Pflegesatzvereinbarung ist



diese auf Verlangen einer Vertragspartei neu zu verhandeln. Zu einer Neuverhandlung kommt es aber nur dann, wenn alle Vertragsparteien sich darauf verständigen. Erzielen sie keine Einigung, entscheidet die Schiedsstelle (§ 85 Abs. 7 SGB XI).

### **Pflegesatzkommission**

*190* Das SGB XI erlaubt - in Anlehnung an die frühere Praxis nach dem Bundessozialhilfegesetz – die Führung „kollektiver“ Pflegesatzverhandlungen in Pflegesatzkommissionen (§ 86 SGB XI).

*191* Verhandlungspartner sind hier nicht der einzelne Heimträger und die vor Ort betroffenen Kostenträger, sondern deren Verbände oder Vereinigungen im Land. Da die Vereinigungen der Pflegeheimträger in der Regel nicht befugt sind, für ihre Mitglieder verbindliche Rechtsgeschäfte einzugehen, können in der Pflegesatzkommission die Pflegesätze nur für solche Heimträger ausgehandelt werden, die diesem Verfahren vorher ausdrücklich zugestimmt haben. Im Übrigen finden die Grundregeln des Pflegesatzverfahrens (§ 85 Abs. 3 bis 7 SGB XI) entsprechende Anwendung, darunter die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze und die Konfliktlösung durch die unabhängige Schiedsstelle (§ 86 Abs. 1 SGB XI).

*192* Für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren. Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre Leistungen unterhalb der vereinbarten Pflegesätze anzubieten. Die Vereinbarung einheitlicher Preise für mehrere Pflegeheime im Interesse einer leistungsgerechten Vergütung und der Förderung des Wettbewerbs darf also nicht über den örtlichen Zuständigkeitsbereich eines Landkreises hinausgehen. Der Verhandlungsbereich kann hiernach auch kleiner sein und z. B. nur aus einer kreisangehörigen Gemeinde oder einem Stadtbezirk bestehen. Solche Gruppenpflegesätze sind nicht nur geeignet, innerhalb der Gruppe und im Verhältnis zu anderen Pflegeheimen als Maßstab für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung der Pflegebedürftigen zu dienen; sie bieten darüber hinaus den einzelnen Pflegeheimen erhöhte Chancen und Anreize, durch eine wirtschaftliche Betriebsführung Gewinne zu erzielen.

### **Unterkunft und Verpflegung**

*193* Für Unterkunft und Verpflegung hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen. Aber auch insoweit ist er nicht schutzlos. Die Pflegekassen und Sozialhilfeträger haben als Pflegesatzparteien vielmehr den gesetzlichen Auftrag, neben den Pflegesätzen auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung auszuhandeln (§ 87 Satz 1 SGB XI). Sie handeln insoweit als Sachwalter der Interessen der Pflegebedürftigen. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass die von den Pflegeheimen angebotene Unterkunft und Verpflegung in einem angemessenen Verhältnis zu den von ihnen geforderten Entgelten stehen (§ 87 Satz 2 SGB XI).

*194* Mit den so vereinbarten Entgelten sind alle Leistungen abgegolten, die für die Unterbringung und Verpflegung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Diese Begrenzung wird in § 88 Abs. 1 Satz 1 SGB XI abgesichert. Danach können die Pflegeheime bei Unterkunft und Verpflegung auch weiterhin gesondert berechenbare Zusatzleistungen anbieten; diese sind aber auf solche Leistungen beschränkt, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Für notwendige Leistungen dürfen selbst dann keine Zuschläge gefordert werden, wenn sie, wie bspw. besonders anspruchsvolle Pflegebetten oder Diätverpflegung, das Maß des Normalen überschreiten.

*195* Für die Preisverhandlungen bei Unterkunft und Verpflegung gelten die Regeln des Pflegesatzverfahrens (Vereinbarungsprinzip, Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle) entsprechend (§ 87 Satz 3 SGB XI).

*196* Der wesentliche Unterschied zur Rechtslage vor Einführung der Pflegeversicherung besteht darin, dass Unterkunft und Verpflegung vergütungsrechtlich nicht mehr Bestandteil eines einheitlichen Gesamtheimentgeltes sind, sondern separat von den mit dem Pflegesatz vergüteten allgemeinen Pflegeleistungen (Grundpflege, soziale Betreuung und Behandlungspflege) vereinbart und ausgewiesen werden müssen.

### **Zusatzleistungen**

*197* Neben den Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen die Pflegeeinrichtungen nach § 88 Abs. 1 Satz 1 SGB XI den Pflegebedürftigen folgende Zusatzleistungen anbieten

und berechnen, die über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinausgehen:

- besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung und
- zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen.

198 Leistungen, die für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können nicht Gegenstand von Vereinbarungen über Zusatzleistungen sein. Als gesondert berechenbare Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung können vor diesem Hintergrund etwa ein besonders großes oder im Vergleich zu den übrigen Zimmern des Heimes luxuriös ausgestattetes Zimmer oder z. B. „Gourmetkost“ in Betracht kommen.

199 Auch bei der pflegerischen Betreuung sind „Wahlleistungen“ grundsätzlich zulässig. Als Beispiele für zusätzliche Betreuung nennt die Bundesregierung in der amtlichen Begründung des Regierungsentwurfs u. a. eine zeitintensive „Schönheitspflege“ wie Maniküren oder Pediküren, die über die notwendige „Nagelpflege“ hinausgehen. Zu denken sei auch an eine über das Übliche hinausgehende geistige oder „schönggeistige“ Betreuung z. B. durch Vorlesen oder individuelle Auswahl von Musikprogrammen (BR-Drucks. 505/93, S. 147).

200 Im Interesse der notwendigen Transparenz müssen die von den Pflegeeinrichtungen berechneten Zuschläge von den übrigen Leistungen gesondert ausgewiesen werden. Die Abgrenzung der Zusatzleistungen von den notwendigen Leistungen ist den Rahmenverträgen der Selbstverwaltung auf Landesebene nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI vorbehalten.

### Vergütung der ambulanten Pflege

201 Auch für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gilt das Vereinbarungsprinzip. Vertragspartner sind der Träger des einzelnen Pflegedienstes und die betroffenen Kostenträger, in erster Linie also die Pflegekassen. Die Vergütungen müssen leistungsgerecht sein. Bei Nichteinigung entscheidet auch hier die unabhängige Schiedsstelle (§ 89 SGB XI).

### Gebührenordnung

202 Das Bundesministerium für Gesundheit ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

und mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen zu erlassen. Damit sollen Anreize für eine kostengünstige Leistungserbringung geschaffen werden (§ 90 SGB XI).

### Grundsätze der ambulanten Vergütungsregelung

203 Das SGB XI beschränkt sich in seinem § 89 auf Bemessungsgrundsätze und Grundregeln für das Verfahren zur Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen, so weit diese nicht nach der Gebührenordnung nach § 90 SGB XI vergütet werden.

204 Das Gesetz übernimmt dabei im Wesentlichen die Regelungen für den stationären Bereich, insbesondere

- das Gebot der leistungsgerechten Vergütung,
- die Bemessung der Vergütung nach einheitlichen Grundsätzen,
- das Vereinbarungsprinzip mit der Wahlmöglichkeit für den Träger des Pflegedienstes, die Pflegevergütung entweder selbst auszuhandeln oder (auf Verbandsebene) durch die Pflegesatzkommission aushandeln zu lassen,
- die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle sowie
- die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze.

205 Gegenüber dem Pflegesatzverfahren im stationären Bereich sind jedoch zwei Unterschiede hervorzuheben (§ 89 Abs. 2 SGB XI):

- Bei der Definition der Vertragsparteien wird auf Seiten der Kostenträger nicht auf den Anteil an der Zahl der Pflegetage (§ 85 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) abgestellt, sondern auf den Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen.
- Den Vertragsparteien wird ein hohes Maß an Flexibilität bei der Gestaltung der Vergütung eingeräumt. Ausdrücklich genannt werden: Vergütung nach Zeitaufwand, nach Leistungsinhalt, nach Komplexleistungen (im Ausnahmefall auch nach Einzelleistungen) sowie nach Pauschalen bei Leistungen wie hauswirtschaftlicher Versorgung, Behördengängen oder Fahrkosten.

206 Ein gewichtiges Problem für die Vergütung der Pflegedienste ergibt sich aus der Wahlfreiheit der

Pflegebedürftigen: Diese können wählen, ob und inwieweit sie ihre Pflege selbst sicherstellen oder ob sie hierfür ganz oder teilweise einen Pflegedienst in Anspruch nehmen wollen. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch kombiniert in Anspruch genommen werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) muss für jeden Pflegebedürftigen einen individuellen Pflegeplan aufstellen, der die im Einzelfall erforderlichen Hilfen feststellt (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Grundlage für diese Feststellung sind die im Gesetz (§ 14 Abs. 4 SGB XI) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Das SGB XI führt in den vier Bereichen des Hilfebedarfs insgesamt 21 Verrichtungen auf:

- im Bereich der Körperpflege
  1. Waschen, 2. Duschen, 3. Baden, 4. Zahnpflege, 5. Kämmen, 6. Rasieren, 7. Darm- oder Blasenentleerung
- im Bereich der Ernährung
  8. mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, 9. Aufnahme der Nahrung
- im Bereich der Mobilität
  10. Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, 11. An- und Auskleiden, 12. Gehen, 13. Stehen, 14. Treppensteigen, 15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung
  16. Einkaufen, 17. Kochen, 18. Reinigen der Wohnung, 19. Spülen, 20. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, 21. Beheizen.

207 Aus diesem Hilfeverzeichnis wird der individuelle Hilfebedarf des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit zusammengestellt. Aus diesem Hilfebedarfsverzeichnis kann der Pflegebedürftige dann wählen, welche Verrichtungen er mit Hilfe seiner Angehörigen selbst sicherstellen und für welche er den Pflegedienst oder die Sozialstation in Anspruch nehmen will.

### **Erste Vergütungsempfehlung der Spitzenverbände**

208 Das Vergütungssystem muss sich auf das Wahlrecht der Pflegebedürftigen einstellen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen hatten im März 1995 eine

erste Bundesempfehlung zur Vergütung von ambulanten Leistungen über ein System von Leistungskomplexen abgegeben.

209 In diesem Leistungskomplexsystem wurden typischerweise zusammengehörende pflegerische und hauswirtschaftliche Verrichtungen zu 18 Leistungspaketen zusammengefasst.

210 Unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Aufwandes wurden die Leistungskomplexe mit bundesweit einheitlichen Punktzahlen belegt, die die Kostenintensität der verschiedenen Leistungen im Verhältnis zueinander festlegten. Grundlage für die Abrechnung der Leistungen war jeweils die Gesamtpunktzahl des jeweiligen Komplexes unabhängig davon, ob bei jedem Einsatz alle Leistungen erbracht wurden.

211 In den Vergütungsverhandlungen wurde die Bewertung der Punktzahl ausgehandelt. Dabei waren für die Verrichtung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI jeweils einheitliche Punktwerte anzustreben.

212 Diese erste Vergütungsempfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen wurde mit – vielfältigen – Abweichungen auf Landesebene von der Selbstverwaltung zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern vertraglich vereinbart.

213 Nach den ersten Erfahrungen mit dem neuen Vergütungssystem zeigte sich die Notwendigkeit, eine Reihe von Anpassungen vorzunehmen, um unerwünschte Preisentwicklungen zu korrigieren.

214 Neben diesen strukturbedingten Mängeln des Leistungskomplexsystems selbst wirkte sich nachteilig aus, dass nicht individuell mit jedem Pflegedienst, sondern weitgehend auf Landesebene verhandelt wurde. Damit kam der vom Gesetzgeber gewünschte Leistungswettbewerb zwischen den Pflegediensten „vor Ort“ nicht zum Tragen.

### **Zweite Vergütungsempfehlung der Spitzenverbände**

215 Am 8. November 1996 veröffentlichten die Spitzenverbände der Pflegekassen ihre überarbeiteten Empfehlungen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI. Sie sollen den Pflegekassen helfen, in künftigen Vereinbarungen mit den Pflegediensten die bestehenden Vergütungssysteme zu überarbeiten und weiterzuentwickeln.

## Eckpunkte des neuen Vergütungssystems

216 Die wichtigsten Eckpunkte des neuen Vergütungssystems sind die Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen und die Komplex- anstatt der Einzelleistungsvergütung.

Das System zur Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen muss insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Grundanforderung des Systems der Pflegeversicherung besteht in der Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen. Die Entscheidung, welche Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens von einer Pflegeeinrichtung erbracht werden sollen, obliegt allein dem Pflegebedürftigen. Es muss gewährleistet sein, dass sich der Pflegebedürftige sein individuelles „Leistungsprogramm“ aus dem Hilfeangebot selbst zusammenstellt.
- Das Vergütungssystem muss für die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen transparent und für die Vertragspartner handhabbar sein.
- Es soll kein Einzelleistungsvergütungssystem errichtet werden. Eine Aufteilung der pflegerischen Tätigkeiten in Einzelleistungen entspricht nicht dem Prinzip der Ganzheitlichkeit und wird damit der erforderlichen Qualität der Pflege nicht gerecht.
- Die vereinbarte Vergütung muss leistungs- und aufwandsgerecht sein. Sie muss einem Pflegedienst ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen. Dabei ist die Vergütung für jeden Pflegedienst individuell zu vereinbaren. Die Leistungsobergrenzen sind zu beachten.
- Die Pflegekassen sind an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden.
- Die Leistungen der Pflegeeinrichtung müssen wirksam und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.
- Eine Differenzierung der Vergütung für Pflegeleistungen nach Kostenträgern innerhalb eines Pflegedienstes ist unzulässig.
- Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen darf der Pflegedienst von den Pflegebedürftigen weder fordern noch annehmen.

## Vergütungsfähige Pflegeleistungen

217 Es werden nur Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 36 SGB XI sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeldempfängern gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI vergütet. Andere Leistungen sind nicht vergütungsfähig.

Zu den vergütungsfähigen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Hilfen bei den Verrichtungen in den Bereichen

- der Körperpflege,
- der Ernährung,
- der Mobilität sowie
- der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Inhalt der jeweiligen Leistung ergibt sich aus der Leistungsbeschreibung in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI.

## Leistungskomplexe

218 Bestandteile des Vergütungssystems sind die in einer Anlage zu den Empfehlungen aufgeführten Leistungskomplexe für

- den Erstbesuch,
- die Grundpflege,
- die hauswirtschaftliche Versorgung sowie
- den Pflegepflicht Einsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI.

Die Leistungskomplexe sind so gestaltet, dass bei der Kombination mehrerer Komplexe keine Leistungsüberschneidungen und damit keine Doppelabrechnungen entstehen.

- Die Pflege wird nach dem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse als aktivierende Pflege erbracht. Die zu erbringende Hilfeleistung besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung (§ 14 Abs. 3 SGB XI und Pflegebedürftigkeits-Richtlinien).
- Prophylaxen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen sind als selbstverständlicher Bestandteil grundpflegerischer Tätigkeit im

Sinne der aktivierenden Pflege im Rahmen der einzelnen Verrichtungen zu erbringen und nicht gesondert vergütungsfähig.

- Jeder Leistungskomplex beinhaltet eine Phase der Vor- und der Nachbereitung des Pflegevorgangs einschließlich der benötigten Materialien und ggf. Entsorgung dieser Materialien. Damit soll sichergestellt werden, dass diese Tätigkeiten überhaupt durchgeführt werden und dass bei Verunreinigungen selbstverständlich die Säuberung des Pflegebereichs durchgeführt wird. Diese Leistungen sind ebenfalls nicht gesondert vergütungsfähig.
- Jede Leistungserbringung beinhaltet auch immer die Dokumentation unter Berücksichtigung der Pflegeplanung.

Der Pflegebedürftige wählt im Rahmen seines Hilfebedarfs die Leistungskomplexe aus, die seine Pflegeeinrichtung für ihn erbringen soll. Der vom Pflegebedürftigen ausgewählte Pflegedienst erstellt für die von ihm regelmäßig zu erbringenden Leistungen eine Kostenübersicht, aus der die Aufwendungen der Pflegekasse und die des Pflegebedürftigen zu entnehmen sind. Will der Pflegebedürftige in der individuellen Pflegesituation weitere Leistungen in Anspruch nehmen, ist er über die zusätzlichen Kosten zu informieren.

Der Pflegedienst erbringt die Leistungen bezogen auf den individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen. Die zu einem Leistungskomplex zusammengefassten Verrichtungen stellen keine abschließende Aufzählung dar. Vielmehr sind im Rahmen eines Leistungskomplexes alle Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation erforderlich sind, durchzuführen.

### **Leistungsnachweis**

219 Die Bestätigung der Leistungserbringung durch den Pflegebedürftigen erfolgt im Leistungsnachweis. Dort sind alle durchgeführten Leistungen des Pflegedienstes schriftlich zu bestätigen.

### **Vergütung der Leistungskomplexe**

220 Die Leistungskomplexe werden mit Punktzahlen bewertet. Diese sind ein Maßstab, der das Verhältnis für den durchschnittlich notwendigen Aufwand zur Erbringung der einzelnen Leistungskomplexe sowie das Verhältnis der Leistungskomplexe zueinander darstellt. Der Leistungsaufwand kann in der indivi-

duellen Pflegesituation unterschiedlich sein, er ist jedoch mit der pauschalen Bewertung abgedeckt.

Grundsätzlich sind alle Verrichtungen, die in einem Leistungskomplex zusammengefasst werden, zu erbringen. Lediglich in Einzelfällen kann abhängig vom individuellen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen hiervon abgewichen werden und ein Leistungskomplex auch dann abgerechnet werden, wenn eine einzelne Verrichtung nicht erbracht worden ist. Grundlage für die Abrechnung der Leistungen ist die Gesamtpunktzahl des jeweiligen Komplexes.

In den Vergütungsverhandlungen wird die Bewertung der Punktzahl ausgehandelt. Dabei sind für die Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung einheitliche Punktwerte anzustreben.

221 Die Pflegedienste haben eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. In den Punktzahlen sind daher Wegegebühren enthalten. Werden allerdings gesonderte Wegegebühren vereinbart, so sind die Punktzahlen abzusenken. Dabei muss die Kostenneutralität gewährleistet sein.

In Einrichtungen des betreuten Wohnens werden Pflegebedürftige regelmäßig von einem hauseigenen Pflegedienst betreut. Da für diese Pflegedienste grundsätzlich keine Wegekosten anfallen, kann eine gesonderte Wegegebühr nicht vereinbart werden. Aufgrund der gegenüber anderen Pflegediensten geringeren Betriebskosten sind die Punktzahlen abzusenken.

Sofern eine Wegegebühr vereinbart wurde und bei Pflegebedürftigen gleichzeitig innerhalb eines Einsatzes Leistungen der häuslichen Pflege (SGB XI) und Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V) erbracht werden, darf die Wegegebühr nicht doppelt abgerechnet werden, sondern ist von beiden Kostenträgern jeweils zur Hälfte zu tragen.

Sofern bei Pflegebedürftigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben (z. B. Ehepaare), Leistungen nach dem SGB XI bzw. häusliche Krankenpflege nach dem SGB V innerhalb eines Einsatzes erbracht werden, kann auch hier eine vereinbarte Wegegebühr nur einmal abgerechnet werden bzw. ist von beiden Kostenträgern jeweils zur Hälfte zu tragen.

### **Betriebskostenzuschüsse**

222 Aufwendungen für Investitionen werden in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht berücksichtigt. Betriebskos-



tenzuschüsse der öffentlichen Hand zu den laufenden Aufwendungen eines Pflegedienstes sind von der Pflegevergütung abzuziehen (§ 82 Abs. 5 SGB XI). So weit die Pflegeeinrichtung über die vergütungsfähigen Pflegeleistungen hinaus weitere Leistungen anbietet, werden diese von den Pflegekassen nicht vergütet.

### **Pflegeeinrichtungsvergleich**

223 Durch die Einfügung des § 92 a SGB X in das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ist das Instrument des Pflegeeinrichtungsvergleichs in Form des Pflegeheimvergleichs und des Pflegedienstvergleichs geschaffen worden. Diese Pflegeeinrichtungsvergleiche sollen auf der Basis von Rechtsverordnungen der Bundesregierung, für die die Zustimmung des Bundesrates erforderlich ist, durchgeführt werden. Die Erfahrungen im Krankenhausbereich sprachen für eine Verordnungslösung und gegen eine reine Selbstverwaltungslösung. Sie gewährleistet, dass die Interessen der Kostenträgerseite sowie der Einrichtungsträgerseite bei der Gestaltung des Vergleichs hinreichend zur Geltung kommen.

224 Der Pflegeheimvergleich soll als Hilfe und Vergleichsmaßstab beim Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV), bei der Bemessung der Vergütungen und Heimentgelte sowie bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflegeheime dienen. Gleichzeitig kann er als Grundlage für aktuelle Leistungs- und Preisvergleichslisten genutzt werden, die die Pflegekassen nach § 7 Abs. 3 SGB XI mit dem Leistungsbescheid an pflegebedürftige Versicherte auszuhändigen haben.

225 Die rund 9.000 Pflegeheime in Deutschland sind Einrichtung für Einrichtung länderbezogen anhand der individuellen Leistungs- und Belegungsstrukturen, der Pflegesätze und Entgelte sowie der gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen. Mit dem Pflegeheimvergleich werden Daten gebündelt, die häufig - allerdings unstrukturiert - für einzelne Bereiche bereits vorliegen und für den jeweiligen Bedarf ansonsten erst zeitaufwendig zusammengestellt und ggf. aktualisiert werden müssten.

226 Richtig genutzt, kann der Pflegeheimvergleich bspw. zu einer Entzerrung und Vereinfachung der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen beitragen und den Zeitaufwand für ansonsten notwendige Vorbereitungsaufgaben zu den Vergütungsverhand-

lungen verkürzen. Der Pflegeheimvergleich dient der Transparenz, er soll aber nicht die Grundlage dafür liefern, etwa die Vergütungen für die Pflegeheime anhand landesweiter oder regionaler Durchschnittswerte festzulegen.

227 In der Verordnung ist das Mindestmaß an organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung des Pflegeheimvergleichs zu regeln. § 92a Abs. 2 SGB XI stellt klar, dass der Pflegeheimvergleich durch von den Spitzenverbänden oder Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam beauftragte Stellen durchzuführen ist. Die Finanzierung des Pflegeheimvergleichs muss über die Verwaltungsmittel der Pflegekassen erfolgen. In der Verordnung sind Regelungen über die Erhebung und Verarbeitung der vergleichsnotwendigen Daten vorzusehen.

228 Der Verwaltungsaufwand für die Pflegeheime soll möglichst gering gehalten werden. Die von den Verbänden der Pflegekassen beauftragten Stellen sind daher berechtigt und verpflichtet, dem Pflegeheimvergleich die vorhandenen Daten aus den Versorgungsverträgen, aus den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie aus den Vergütungsvereinbarungen zu Grunde zu legen. Soweit dies erforderlich ist, können von den Pflegeheimen zusätzliche Unterlagen und Auskünfte verlangt werden.

229 Der Pflegeheimvergleich kann seine Ziele nur erfüllen, wenn die gesammelten Daten auch den beteiligten Stellen zugänglich gemacht werden. Es ist daher sachgerecht, die Vergleichsdaten den zuständigen Landesbehörden, den Kosten- und Einrichtungsträgern sowie deren Verbänden und den Medizinischen Diensten der Krankenkassen zugänglich zu machen. Es liegt im Interesse der Pflegeheime, die für Prüfzwecke tauglichen Daten auch den Stellen zugänglich zu machen, die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen durchführen.

230 Der Pflegeheimvergleich soll bei den Beteiligten sowohl in der Sache als auch in der praktischen Durchführung auf breite Akzeptanz stoßen. Dies gilt sowohl für die Kostenträger als auch für die Einrichtungsträger. Daher wird ausdrücklich eine Anhörung der Beteiligten bei der Vorbereitung der Rechtsverordnung vorgeschrieben. Die Ermächtigungsgrundlage schafft die Befugnis, Verzeichnisse über die Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten der Pflegeheime zu veröffentlichen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Die Betriebsgeheimnisse der Pflegeeinrichtungen sind zu wahren.



231 Die Bundesregierung hat von der Ermächtigungsgrundlage zum Erlass von Rechtsverordnungen zum Pflegeeinrichtungsvergleich bislang keinen Gebrauch gemacht.

### Qualität der Pflegeleistungen

232 Über den Stand der Qualität der Pflegeleistungen in Deutschland gibt ein vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen im November 2004 erstmalig veröffentlichter Bericht Auskunft. Der Bericht über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege basiert in der Hauptsache auf einer systematischen Auswertung der von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im zweiten Halbjahr 2003 durchgeführten Qualitätsprüfungen in zugelassenen Pflegediensten und Pflegeheimen sowie Erkenntnissen aus Qualitätsprüfungen der vorangegangenen Jahre. Nach dem Bericht lässt sich der pflegerische Zustand der in Augenschein genommenen Pflegebedürftigen in drei Gruppen gliedern: Bei der ersten Gruppe ist eine angemessene Pflege feststellbar, d. h. es liegt ein pflegerischer Zustand vor, der dem gesetzlich geforderten Niveau entspricht. Dies wurde in der ambulanten Versorgung 91 v. H. und in der stationären Versorgung 83 v. H. der in Augenschein genommenen Pflegebedürftigen attestiert. Zu dieser Gruppe zählt u. a. der Personenkreis, bei dem zwar noch kein unzureichender Pflegezustand festgestellt werden kann, bei dem aber so große Defizite in der Versorgung zu verzeichnen sind, dass potenziell Gesundheitsgefährdungen bestehen. Ein bereits eingetretener unzureichender pflegerischer Zustand wurde in der häuslichen Versorgung bei 9 v. H. und in der stationären Versorgung bei 17 v. H. der in Augenschein genommenen Pflegebedürftigen festgestellt.

Interne Qualitätsmanagementmaßnahmen wurden bei 71 v. H. der ambulanten und 76 v. H. der stationären Pflegeeinrichtungen vorgefunden. Die Zufriedenheitswerte der Pflegebedürftigen liegen in der ambulanten und in der stationären Pflege jeweils bei über 90 v. H. Der Bericht zeigt, dass der Ansatz im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz richtig war, die Entwicklung des internen Qualitätsmanagements zu fördern und zugleich auf die derzeit noch unverzichtbare externe Kontrolle zu setzen.

### Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

233 Zum 1. Januar 2002 ist das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz in Kraft getreten. Die wichtigsten

Neuregelungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die vertragliche Regelungsbefugnis der Selbstverwaltung zur Regelung der Leistungsqualität auf Bundesebene wurde auf die Festlegung von Grundsätzen für ein umfassendes Qualitätsmanagement ausgedehnt (§ 80 Abs. 1 SGB XI). Das Verfahren für die Durchführung von Qualitätsprüfungen wurde aus der Regelungskompetenz der Selbstverwaltung herausgenommen und nicht zuletzt wegen seiner verfassungsrechtlichen Tragweite (insbesondere hinsichtlich der Fragen der Zugangsrechte des MDK zu den Pflegeeinrichtungen) im Gesetz selbst geregelt (§ 114 SGB XI).
- Die Einrichtungsträger wurden verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die Qualität ihrer Leistungen durch Prüfstatae unabhängiger, von den Bundes- oder Landesverbänden der Pflegekassen anerkannten Sachverständigen oder Prüfstellen nachzuweisen. Inhalt des Prüfstatae kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI erfüllt (§ 113 Abs. 1 und 2 SGB XI).
- Die Prüfbefugnisse der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung wurden konkretisiert (§ 114 SGB XI). Grundsätzlich ist der MDK berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten und dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen; zur Nachtzeit allerdings nur, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Das ist z. B. dann der Fall, wenn geprüft werden soll, ob pflegebedürftige Heimbewohner nachts „fixiert oder sediert“ werden oder ob die erforderlichen Nachtwachen vorhanden sind. Räume, die einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Artikel 13 Abs. 7 Grundgesetz) erforderlich ist.
- Der MDK erhielt zudem die Befugnis, die Leistungen der Pflegedienste durch eine örtliche Prüfung in der Wohnung des Pflegebedürftigen

zu prüfen. Hierzu ist grundsätzlich die Zustimmung des Pflegebedürftigen erforderlich und ausreichend (§ 14 Abs. 3 SGB XI). Falls der Pflegebedürftige dem MDK das Betreten seiner Wohnung gestattet, muss der Pflegedienst seine Überprüfung dulden. Für den Fall, dass der Pflegebedürftige seine Zustimmung verweigert, kann seine Wohnung (wie bei stationärer Pflege) nur unter den strengen Voraussetzungen des Artikels 13 Abs. 7 Grundgesetz betreten werden.

- Außerdem sieht das neue Recht die Pflicht zur Zusammenarbeit mit den Heimaufsichten vor. Diese Regelungen korrespondieren mit dem 3. Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes.
- Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen sind die Medizinischen Dienste befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden.
- Soweit ein Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringt, sind diese in die Prüfung einzubeziehen.
- Die Sanktionsmöglichkeiten bei Feststellung von Qualitätsmängeln wurden differenzierter ausgestaltet. Hält eine Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a SGB XI) ganz oder teilweise nicht ein, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen (§ 115 Abs. 3 SGB XI).

Um die praktische Durchführung der Qualitätssicherung auf eine bundesweit einheitliche und verlässliche Grundlage zu stellen, wurde die Bundesregierung ermächtigt, Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen (§ 118 Abs. 1 SGB XI). Der hierzu von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf wurde vom Bundesrat am 27. September 2002 abgelehnt. Die Neustrukturierung der Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung ist daher ins Stocken geraten.

## Der Regelungsbereich des Heimgesetzes

234 Das Heimgesetz (HeimG) ist 1974 als „Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz)“ verabschiedet worden. Sein Zweck ist es, „die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen, insbesondere die Selbständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner im Heim zu wahren“ sowie „die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern“.

235 Durch das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene 3. Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes wurde das bisherige Recht überarbeitet und den grundlegend veränderten gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst. Das neue Recht steht in engem Zusammenhang mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz. Die Regelungsschwerpunkte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Anwendungsbereich des Heimgesetzes wurde klarer als bisher definiert. Es gilt für stationäre Einrichtungen (einschließlich Kurzzeitpflegeeinrichtungen) sowie für teilstationäre Einrichtungen. Außerdem wird der Anwendungsbereich auf Hospize erstreckt. Die Neufassung enthält darüber hinaus Auslegungsregelungen zur Frage der Anwendung des Heimgesetzes auf das Betreute Wohnen. Eine Einrichtung des Betreuten Wohnens ist nur dann als Heim im Sinne des Heimgesetzes anzusehen, wenn eine „heimmäßige“ Betreuung und Versorgung angeboten und für den Bewohner eine Lebenssituation „wie im Heim“ geschaffen wird.
- Die Transparenz von Heimverträgen wurde verbessert. Der Bewerber um einen Heimplatz muss die Leistungen und Entgelte der im Wettbewerb miteinander stehenden Heime vergleichen und sich jederzeit einen Überblick darüber verschaffen können, ob das Entgelt angemessen ist und welche Entgeltbestandteile er für welche Leistungen zu entrichten hat. Deshalb müssen im Heimvertrag nicht nur die einzelnen Leistungen des Trägers (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und weitere Leistungen), sondern auch die Entgeltbestandteile für diese einzelnen Leistungen gesondert aufgeführt werden. Außerdem sind die allgemeine Leistungsbeschreibung des Heims sowie eine Beschreibung der Ausstattung in den Heimvertrag aufzunehmen. Im Interesse größerer Transparenz ist der Bewohner auf die Möglich-

keiten späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen hinzuweisen. Die Entgelterhöhung muss im Einzelnen beschrieben und begründet werden.

- Erstmals erfolgte eine umfassende Verzahnung der heimvertraglichen Vorschriften mit den Bestimmungen des SGB XI und des damaligen Bundessozialhilfegesetzes (BSHG), das mittlerweile durch das SGB XII abgelöst worden ist.
- Die Mitwirkung des Heimbeirats wurde erweitert und erstreckt sich auch auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen, auf die Überwachung durch die Heimaufsicht sowie die Beteiligung an den Vergütungsverhandlungen (§ 10 HeimG). Die erweiterten Mitwirkungsmöglichkeiten der Heimbewohner ergeben sich auch daraus, dass der Heimbeirat bei der Vorbereitung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach dem SGB XI oder Leistungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach dem Sozialhilferecht zu beteiligen ist.
- Der Heimbeirat kann bei der Erledigung seiner Aufgaben externe fach- und sachkundige Personen hinzuziehen, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Sie arbeiten ehrenamtlich. Außerdem soll die Effizienz des Heimbeirats durch dessen Öffnung für Dritte, die nicht im Heim wohnen, sichergestellt werden (Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Heimbewohner sowie Vertreter von Senioren- oder Behindertenorganisationen). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es in vielen Fällen große Schwierigkeiten bereitet, Heimbeiräte zu bilden. Die Einzelheiten werden in der Heimmitwirkungsverordnung geregelt.
- Die Vorschriften zur Überwachung der Heime wurden insbesondere mit Zielrichtung auf Qualitätssicherung im Heim durch Ergänzungen und Präzisierungen des bisherigen Gesetzeswortlauts umgestaltet (§ 15 HeimG). Die Anforderungen an den Heimbetrieb wurden erweitert. Entsprechend werden die mit der Anzeige verbundenen Angaben gegenüber dem bisherigen Recht ergänzt (§§ 11 und 12 HeimG). Es wird die Erhöhung der Prüfungsfrequenz angestrebt. Die Heimaufsicht hat in der Regel mindestens einmal pro Jahr eine Prüfung vorzunehmen. Die Prüfungen durch die Heimaufsicht können unter den gleichen Voraussetzungen wie die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der

Krankenversicherung jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen (§ 15 HeimG).

- Eine wichtige Neuregelung stellt darüber hinaus die Einführung der kommissarischen Heimleitung für den Fall dar, dass die zuständige Behörde ein Beschäftigungsverbot für den Heimleiter ausgesprochen hat, dem der Heimträger nicht nachkommt (§ 18 HeimG).
- Ziel ist es ferner, die Zusammenarbeit der Heimaufsichtsbehörden mit den beteiligten Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Trägern der Sozialhilfe durch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zu institutionalisieren. Die Beteiligten sollen, um Doppelarbeit zu vermeiden und Synergieeffekte zu nutzen (z. B. in Bezug auf die Anforderungen an die Qualität der Betreuung und die Besuchshäufigkeit) ihre Arbeit miteinander abstimmen. Ein Kernstück der Novellierung ist daher die Neuregelung des § 20 HeimG zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern. Die Regelung verpflichtet die beteiligten Stellen zu einer engen Zusammenarbeit.

## Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

236 Das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger soll die Pflegeversicherung und ihre praktische Umsetzung konzeptionell durch geeignete Projekte begleiten und unterstützen. Vor allem soll es dazu beitragen, vorhandene Versorgungslücken in der Pflegeinfrastruktur zu beseitigen, zukunftsweisende Versorgungsansätze zu verwirklichen und vorhandene Pflegeangebote modernisieren.

### Schwerpunkte der Förderung

237 Gemäß den in den Richtlinien vom 14. Dezember 1994 festgelegten Zielen des Programms wurden Modellvorhaben in allen Bundesländern durchgeführt. Ziel war die Gewinnung repräsentativer Aussagen über die Umsetzbarkeit der im SGB XI festgeschriebenen Leistungen für Pflegebedürftige in der ganzen Bundesrepublik unter den unterschiedlichen landesspezifischen Rahmenbedingungen. Die Förderung deckte dabei folgende Schwerpunkte ab:

### **Aufbau einer teilstationären Infrastruktur**

238 Ein besonders wichtiger Schwerpunkt des Modellprogramms lag im Aufbau einer teilstationären Infrastruktur von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und in der Förderung von Pflegestützpunkten in Form qualifizierter Sozialstationen, um den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu verwirklichen.

### **Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit**

239 Zur Erschließung neuer Leistungsfelder für die Pflegeversicherung wurde in modellhaft ausgewählten Landkreisen und Regierungsbezirken die bis dahin mangelhafte regionale Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Pflegeleistungen in unterschiedlicher Trägerschaft, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und den Leistungserbringern, vor allem Pflege- und Krankenkassen sowie den Trägern der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe auf der anderen Seite intensiviert und verbessert. Hinzu kamen Modelle für die ambulante Versorgung und die pflegerische Betreuung von Reha-Patienten (z. B. nach Schlaganfall), Verwirrten und dementiell Erkrankten. Gleichzeitig dienten diese Modellvorhaben der Sicherung der Zusammenarbeit vor Ort zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen. Diese Modelle konnten weitgehend in Regelangebote überführt werden.

### **Qualifizierung von Pflegepersonal, Ärzten und pflegenden Angehörigen**

240 In diesem Bereich wurden im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen des Pflegepersonals und der beteiligten Ärzte neue Wege aufgezeigt, durch die sich die Qualität des gesamten Spektrums der Pflegeleistungen, vor allem an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege, deutlich verbessern lässt.

### **Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen**

241 In diesen Einrichtungen werden Pflegebedürftige versorgt, die nicht aus Altersgründen pflegebedürftig sind. Das können z. B. langfristig Pflegebedürftige sein, die aufgrund von Unfällen (Apalliker), wegen chronischer Erkrankungen (Multiple Sklerose, Alzheimer-Erkrankte u. a.) oder aufgrund ihrer Behinderungen (Tetraplegiker) auf tägliche Hilfe angewiesen sind.

### **Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen Pflegeeinrichtungen**

Hier werden Einrichtungen mit sinnvoll aufeinander abgestimmten Pflegeangeboten gefördert, die unter einem Dach die verschiedenen Pflegeformen vereinen und so jedem Pflegebedürftigen die aktuellen und individuell angepassten Hilfen zukommen lassen können.

### **Hospizeinrichtungen**

242 Zur Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung wurden stationäre Hospizeinrichtungen sowie die von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Hospizbewegung in der Bundesrepublik geforderte ambulante Versorgung dieser Gruppe von Pflegebedürftigen gefördert. Durch die Regelungen im 2. Neuordnungsgesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit § 39a SGB V eine Lösung für die Anschlussfinanzierung dieser speziellen Pflegeeinrichtungen gefunden, auf dessen Grundlage ein Ausbau dieser Versorgungsform erst möglich wurde.

### **Ergebnisse der Modellmaßnahmen**

243 In allen Bundesländern wurden mit den geförderten Modellprojekten die von Fachleuten zu Beginn der Gesetzgebung zum SGB XI geforderten Standards im Pflegeheimbau unter unterschiedlichen sozialen, demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verwirklicht. Die dabei erzielten Erkenntnisse zu Verbesserungen im Bau von Pflegeeinrichtungen wurden den zuständigen Landesministerien als praktisch umsetzbares Entwicklungsergebnis vorgestellt. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde bspw. die Idee des wohnortnahen Pflegezentrums mit allen Leistungsangeboten unter einem Dach in vielen Bundesländern aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt. Daneben wurden erste Modelle zum Aufbau einer gerontopsychiatrischen Versorgung und von ambulanten und stationären Hospizen zur Pflege Schwerstpflegebedürftiger in ihrer letzten Lebensphase gefördert.

Folgende Fortschritte wurden erreicht:

Die ambulanten, teilstationären und stationären Modelleinrichtungen konnten aufgrund verbesserter Beratung der Träger bei der Antragstellung und der nachfolgenden wissenschaftlichen Begleitung architektonisch und konzeptionell auf die örtliche

Bedarfssituation optimal zugeschnitten werden. Die Qualität der Investitionsmaßnahmen konnte kontinuierlich gesteigert und die durchschnittlichen Baukosten pro Pflegeplatz um fast 25 v. H. von früher etwa 100.000 Euro auf rund 75.000 Euro reduziert werden

Die Frage der Anschlussfinanzierung konnte in fast allen Fällen rechtzeitig vor Beendigung des Modellvorhabens gelöst werden.

### **Wissenschaftliche Begleitung**

244 Zur fortlaufenden Verbesserung der Ergebnisse der Modellförderung werden die Antragsteller durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln zur architektonischen Planung ihrer Einrichtungen sowie durch das ISO-Institut in Saarbrücken zur Umsetzung ihrer in den Anträgen vorgestellten Betreiberkonzepte beraten. Gleichzeitig werden die Modellvorhaben durch beide Institute fortlaufend ausgewertet und während der gesamten Modellphase wissenschaftlich begleitet. Die dabei gesammelten Erfahrungen und Informationen werden anderen Betreibern von Pflegeeinrichtungen, Architekten, Prüfbehörden und Entscheidungsträgern in den Bundesländern als Planungs- und Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt.

### **Vorbildfunktion des Modellprogramms**

245 Dem Modellprogramm kommt eine bundesweit bedeutende Vorreiterrolle und Vorbildfunktion beim Aufbau einer gegliederten Pflegeinfrastruktur im Sinne der sozialen Pflegeversicherung zu. Die Modellprojekte prägen inzwischen den Standard für moderne, in der Angebotsstruktur offene und nach außen vernetzte Pflegeeinrichtungen. Damit hilft das Modellprogramm nicht nur den Menschen in den geförderten Einrichtungen, sondern über die Anhebung von Qualitätsstandards auch den Bewohnern und Bediensteten in anderen neuen oder modernisierten Einrichtungen. Es kann auch künftig Wegbereiter sein für eine moderne, wirtschaftlich gesunde und zukunftsweisende Pflegeinfrastruktur.

### **Impulse für den Arbeitsmarkt**

246 Auf dem Arbeitsmarkt wurden durch den Bau von Pflegeeinrichtungen (einschließlich der Um- oder Erweiterungsbauten) primäre und sekundäre Arbeitsmarkteffekte erreicht. Die Pflegeeinrichtungen bieten Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl

für qualifizierte als auch für weniger qualifizierte Arbeitskräfte. Damit es sich hierbei nicht nur um ein „Strohfeuer“ während der Modellphase handelt, wird vom Träger verlangt, dass er einen Nachweis darüber führt, dass die Einrichtung auch nach dem Ablauf der Modellphase eine wirtschaftliche Zukunft hat. Aber auch die sekundären Beschäftigungseffekte sind bedeutend. Sowohl die Einrichtung selbst als auch die Bewohner treten als Konsumenten auf und tragen somit zur Schaffung oder Erhaltung von Arbeitsplätzen in der jeweiligen Region bei.

### **Ausblick**

247 Das Modellprogramm hat beispielhaft den Aufbau einer immer wieder geforderten zukunftsorientierten Pflegeinfrastruktur unterstützt. Sein Ziel war und ist es, die Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen stärker als bisher zu berücksichtigen, um den im SGB XI geforderten nachfrageorientierten Pflegemarkt zu entwickeln, in dem der Pflegebedürftige der Kunde ist, um den viele Anbieter mit der Qualität und dem Preis ihres Pflegeangebotes konkurrieren müssen.

In der voll- und teilstationären Versorgung von Pflegebedürftigen konnte so ein zeitgerechtes und zukunftsweisendes Angebot an Einrichtungen der modernen Altenhilfe geschaffen werden.

Derartige Modelle zum Aufbau einer zukunftsorientierten Pflege hätten von den Trägern alleine kaum aus eigener Kraft entwickelt werden können. Hier hat das Modellprogramm eine wichtige ergänzende Funktion übernommen als Motor und Katalysator für die Entwicklung und Umsetzung neuer Pflege-Ideen sowie als Förderer für die Schaffung neuer baulicher und pflegetechnischer Strukturen auf qualitativ hohem Niveau.

Damit kam dem Modellprogramm eine bundesweit bedeutende Vorreiterrolle und Vorbildfunktion beim Aufbau einer gegliederten Pflegeinfrastruktur im Sinne der sozialen Pflegeversicherung zu. Es war damit Wegbereiter für eine moderne, wirtschaftlich gesunde und zukunftsweisende Pflegeinfrastruktur.

### **Anschubfinanzierung Ost**

248 Die besondere Situation in den neuen Bundesländern war 1990 dadurch gekennzeichnet, dass praktisch der gesamte Bestand an Pflegeplätzen (rd. 85.000) auf Grundlage der Bedarfszahlen bis zum



Jahre 2002 entweder neu gebaut oder von Grund auf saniert werden musste. In beiden Fällen lagen die Kosten bei rd. 75.000 Euro pro Pflegeplatz. Die Heime in Plattenbauweise waren aufgrund ihrer veralteten Sanitär-, Heizungs- und Elektroanlagen nur zu Kosten zu sanieren, die denen eines Neubaus gleichkamen und bei den übrigen sanierungsfähigen Gebäuden bestanden meist planerische und denkmalpflegerische Auflagen, so dass dort ebenfalls mit neubaugleichen Kosten zu rechnen war.

Ein Aufschub dieser notwendigen Investitionen war nicht möglich, denn der Bestand an Pflegeplätzen erfüllte in den wenigsten Fällen die Kriterien der Heimindestbauverordnung bzw. der Betrieb erforderte einen solch hohen Personalaufwand, dass ein Neubau schon aus wirtschaftlichen Überlegungen erforderlich war.

Diesen Nachholbedarf über die bestehende Regelfinanzierung hinaus hat auch der Gesetzgeber bei der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes anerkannt: Aus diesem Grund gewährte der Bund zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung der Qualität der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung der Bevölkerung und zur Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zeitlich befristet in den Jahren 1995 bis 2002 Finanzhilfen in Höhe von jährlich 409.030 Mio. Euro, insgesamt also 3.272 Mrd. Euro, zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen; im Land Berlin durften die Finanzhilfen nur für Maßnahmen im östlichen Teil eingesetzt werden (Art. 52 PflegeVG). Das zunächst nur bis zum Jahr 2002 vorgesehene Programm wurde im Rahmen der Konsolidierung der Bundeshaushalte 2000 bis 2002 nachträglich gestreckt. Eine Kürzung des Gesamtvolumens in Höhe von 3.272 Mrd. Euro war damit nicht verbunden; die in diesen Jahren eingesparten 208 Mio. Euro wurden den neuen Ländern im Jahre 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit (das Bundesministerium für Gesundheit ist aufgrund einer Änderung der Zuständigkeit in die Rechtsposition des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung getreten) wieder zur Verfügung gestellt.

Die Finanzhilfen wurden den Ländern vom Bundesministerium für Gesundheit nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen, dabei durften für das Land Berlin

nur die Einwohnerzahl im östlichen Teil zugrunde gelegt werden.

Die Finanzhilfen für Investitionen verteilen sich wie folgt:

Bundesland	Betrag in Euro
Berlin (Ost)	33.745.206,00
Brandenburg	66.263.313,60
Mecklenburg-Vorpommern	48.674.903,20
Sachsen	121.022.579,70
Sachsen-Anhalt	72.961.225,70
Thüringen	66.365.571,80
<b>Gesamt</b>	<b>409.032.800,00 Euro</b>

Die Finanzhilfen durften ausschließlich zur Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Sinne von Art. 52 PflegeVG verwandt werden; d. h. zur Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung, Ergänzung, Instandhaltung oder Instandsetzung der für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter. Auch die Erstausrüstung der Pflegeeinrichtungen mit den betriebsnotwendigen Wirtschaftsgütern war möglich. Die Zuwendungsempfänger mussten lediglich das erschlossene, lastenfreie Grundstück einbringen.

Die Finanzhilfen betragen bis zu 80 v. H. der öffentlichen Förderung eines Vorhabens; die Länder stellten sicher, dass wenigstens 20 v. H. der öffentlichen Investitionsmittel aus Mitteln des Landes oder der Gemeinden bzw. Gemeindeverbände aufgebracht wurden. Von einem Land in einem Jahr nicht abgerufene Bundesmittel konnten bei Bedarf in den Folgejahren abgerufen werden.

Der Bund richtete bei der Bundeskasse gemäß Art. 52 a PflegeVG Verwahrkonten ein, auf die er die Jahrestanchen zur eigenen Bewirtschaftung durch die Länder übertrug. Die Länder waren ermächtigt, die Bundeskasse zur Auszahlung der benötigten Finanzhilfen anzuweisen, sobald die Bundesmittel zur anteiligen Begleichung fälliger Zahlungen benötigt wurden. Die Länder leiteten die Finanzhilfen unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, an die Zuwendungsempfänger weiter.

Die Mittel zur Finanzierung der Investitionshilfen brachten Bund (2.617.809.920 Euro) und Länder (654.452.480 Euro) gemeinsam auf, wobei die Länder ihren Anteil aus Einsparungen, die durch Einführung der Pflegeversicherung bei der Kriegsopfer-



fürsorge und der Kriegsoferversorgung entstanden sind, finanzierten.

### Die Mittelaufbringung im Einzelnen

Jahr	vom Bund	von den Ländern
1996	204.516.400 Euro	51.129.100 Euro
1997	409.032.800 Euro	102.258.200 Euro
1998	409.032.800 Euro	102.258.200 Euro
1999	409.032.800 Euro	102.258.200 Euro
2000	409.032.800 Euro	102.258.200 Euro
2001	409.032.800 Euro	102.258.200 Euro
2002	368.129.520 Euro	92.032.380 Euro
<b>Gesamt:</b>	<b>2.617.809.920 Euro</b>	<b>654.452.480 Euro</b>

Die Aufteilung der auf die Länder entfallenden Beträge ist in einer Verwaltungsvereinbarung über die Kürzungen der Erstattungen des Bundes an die Länder für die Kriegsoferversorgung gemäß Art. 52 Abs. 3 Nr. 2 Pflege-Versicherungsgesetz geregelt und verteilt sich wie folgt:

Baden-Württemberg	82.554.949,92 Euro
Bayern	95.866.638,20 Euro
Berlin	27.788.342,55 Euro
Brandenburg	20.335.316,47 Euro
Bremen	5.540.424,78 Euro

Hamburg	13.672.183,67 Euro
Hessen	48.059.087,45 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	14.620.356,06 Euro
Niedersachsen	62.156.421,06 Euro
Nordrhein-Westfalen	143.045.024,88 Euro
Rheinland-Pfalz	31.788.113,99 Euro
Saarland	8.677.776,61 Euro
Sachsen	36.596.325,53 Euro
Sachsen-Anhalt	21.938.278,24 Euro
Schleswig-Holstein	21.797.961,99 Euro
Thüringen	20.071.107,41 Euro

Weil diese Einsparungen jedoch erst ab 1996, d. h. erst mit Beginn der vollstationären Leistungen der Pflegeversicherung in voller Höhe wirksam wurden, haben die Pflegekassen dem Bund im Jahre 1995 eine Überbrückungshilfe von 562.420.100,00 Euro aus dem von ihrem Ausgleichsfonds verwalteten Beitragsüberschuss zur Verfügung gestellt. Diese Überbrückungshilfe wurde den Pflegekassen im Jahre 2002 vom Bund und allen Ländern anteilig erstattet.

Nachstehend die einzelnen Investitionsprogramme der neuen Länder, die mit dem Bundesministerium

	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg - Vorpommern	Sachsen	Sachsen - Anhalt	Thüringen	Gesamt
Gesamtsumme davon	355.537.046,24	710.431.723,17	532.551.357,86	1.479.254.734,58	732.452.463,39	709.833.086,04	4.520.060.411,27
Fördermittel Bund	268.880.912,39	511.135.016,22	389.399.896,72	968.182.306,23	583.690.811,57	529.084.849,66	3.250.373.792,79
Fördermittel Land	67.220.228,08	129.163.117,04	114.433.300,16	124.397.935,73	103.304.611,41	74.086.922,76	615.187.913,47
Fördermittel Kommunen	entfällt	entfällt	27.142.832,05	117.347.356,42	43.291.222,41	63.472.249,87	251.253.660,75
Mittel der Träger	19.435.905,77	70.133.589,89	1.420.654,42	268.994.965,38	70.865,05	43.189.063,69	403.245.044,22
vollstationäre Pflegeplätze	5.939	8.938	7.324	20.390	9.489	10.162	62.242
teilstationäre Pflegeplätze	84	715	269	1.070	433	187	2.758
Kurzzeit - pflegeplätze	98	498	43	687	146	48	1.520
Sozialstationen	0	0	4	0	19	2	25
Projekte insgesamt	54	179	127	333	173	160	1.026

für Gesundheit einvernehmlich abgestimmt wurden:

Zur Umsetzung des Investitionsprogramms wurde zwischen dem Bund und den neuen Ländern eine Verwaltungsvereinbarung (VV) nach Art. 104 a Grundgesetz geschlossen, in der die wesentlichen Eckpunkte des Sonderinvestitionsprogramms enthalten sind. In einer Protokollerklärung war zunächst ein striktes Verbot der Belastung der Pflegebedürftigen mit den Kosten der Erstinvestitionen vereinbart worden. Kosten für Folgeinvestitionen, wie z. B. Ergänzungsinvestitionen, die später als ein Jahr nach Fertigstellung der Pflegeeinrichtungen entstehen, durften hingegen auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden.

Das Belastungsverbot für Erstinvestitionskosten wurde im Jahre 1996 gelockert. In einer Änderungsvereinbarung zur VV wurde die Umlagefähigkeit von bis zu 20 v. H. der nicht öffentlich geförderten Erstinvestitionskosten gestattet. Neben Sachsen haben sich jedoch nur noch Berlin und Brandenburg für eine nicht vollständige öffentliche Förderung und damit anteilige Belastung der Pflegebedürftigen mit Erstinvestitionskosten entschieden.

Die Länder haben ihre Investitionsprogramme erstmals zum 1. Oktober 1994 aufgestellt, in denen neben den Investitionsvorhaben nach Art und Zahl auch die

Höhe der Finanzhilfen des Bundes, des jeweiligen Landes sowie eventuelle Eigen- und Fremdmittel der geförderten Pflegeeinrichtungen selbst aufgeführt waren. Die Sicherstellung der zweckentsprechenden Verwendung der Finanzhilfen war durch das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit herzustellen. Um den neuen Ländern einen sofortigen Baubeginn zu ermöglichen, konnten die zum 1. Oktober 1994 aufgestellten Investitionsprogramme auch Maßnahmen enthalten, die bereits nach dem 1. Juni 1994 begonnen wurden.

Die Investitionsprogramme der neuen Bundesländer enthalten zusammen 1.027 Einzelprojekte. Bis auf 8 Projekte, die sich zum 31. Dezember 2005 noch im Bau befanden, waren alle Projekte bereits fertiggestellt und Inbetrieb genommen. Von den insgesamt 1.119 fertig gestellten Projekten lagen bereits für 285 Projekte abschließend geprüfte Verwendungsnachweise vor. Damit ist die Zielsetzung des Artikels 52 PflegeVG, die Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet anzupassen, nahezu vollständig erreicht.

Eine Übersicht über alle Projekte (Stand: 31. Dezember 2005) zeigt, dass insgesamt ein Investitionsvolumen von mehr als 4,5 Mrd. Euro einvernehmlich abgestimmt wurde:

#### Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflege-VG für Berlin

Ifd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme- nachweis	Verwendungs-
1.	Pflegeheim Eberswalder Str. 17/18 10437 Berlin	St. Elisabeth-Stiftung Schönhauser Allee 141 10437 Berlin	BB: 30.09.1993 ÄB 16.04.1996	15.07.1994	01.10.1997	
2.	Pflegeheim Kursana Seniorenzentrum Lichtenberg Gensingerstr. 103 10315 Berlin	Kursana Gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Spezialeinrichtungen mbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 17.03.1999	21.02.2000	01.06.2001	
3.	Pflegeheim „St. Josephsheim“ Pappelallee 61 10437 Berlin	Karmelitinnen D.C.J. Pappelallee 61 10437 Berlin	BB: 08.06.1995 AB: 04.04.1997	14.08.1995	17.11.1997	
4.	Tagespflege Haus Immanuel Pfarrer-Lenzel-Str. 1-5 13156 Berlin-Pankow	St. Elisabeth-Stiftung Schönhauser Allee 141 10437 Berlin	BB: 13.06.1995	25.09.1995	01.02.1996	
5.	Pflegeheim „Bischof-Ketteler-Haus“ Gartenstraße 1 - 5 13088 Berlin	St. Joseph Krankenhaus Berlin Weißensee GmbH Gartenstraße 1-5 13088 Berlin	BB: 22.12.1995	01.01.1996	16.08.1997	
6.	Pflegeheim Weinbergsweg 14 10119 Berlin-Mitte	St. Elisabeth-Stiftung Schönhauser Allee 141 10437 Berlin	BB: 10.06.1997	17.06.1995	01.10.1997	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
7.	Pflegeheim Weidenweg 42 10249 Berlin	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Oranienburger Straße 285 13437 Berlin	BB: 10.06.1997	01.10.1995	21.03.1998	
8.	Pflegeheim Judith-Auer-Str. 8 10369 Berlin	Bezirksamt Lichtenberg- Hohenschönhausen von Berlin, Verbund Lichtenberger Seniorenheime Judith-Auer-Str. 8 10369 Berlin	BB: 10.06.1997	25.01.1996	15.12.1997	
9.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ (Haus 5) Bahnhofstraße 10 - 15 13129 Berlin	Albert-Schweitzer-Stiftung Bahnhofstraße 32 13129 Berlin	BB: 10.06.1997	21.08.1995	24.05.1996	
10.	Pflegeheim „Oberschöneeweide“ Antoniuskirchstr. 3 - 5 12459 Berlin	Caritas Altenhilfe gGmbH Tübinger Str. 5 10715 Berlin	BB: 13.06.1995 ÄB: 20.08.1996 ÄB: 18.11.1997 ÄB: 31.03.1998 ÄB: 17.05.2004	13.05.1996	01.05.1998	
11.	Ev. Seniorenzentrum am Bürgerpark (Häuser 5, 7 und 9) Leonhard-Frank-Straße 13156 Berlin	St. Elisabeth-Stiftung Schönhäuser Allee 141 10437 Berlin	BB: 01.02.1999 ÄB: 19.12.2003	15.03.1999	16.01.2001 01.04.2000 12.11.2001	
12.	Pflegeheim Heckelberger Ring Heckelberger Ring 2 13055 Berlin	Paritätisches Seniorenwohnen gGmbH Joachimsthaler Straße 2 13055 Berlin	BB: 13.08.1998	01.10.1998	01.01.2001	
13.	Pflegeheim „Franz Fischer“ Neue Krugallee 142 12437 Berlin	Unionshilfswerk Senioren- Einrichtungen gGmbH Richard-Sorge-Str. 21 a 12249 Berlin	BB: 03.12.2001 ÄB: 24.01.2003	21.10.2002	02.08.2004	
14.	Pflegeheim „Dr. Arno Philippsthal“ (1. Bauabschnitt) Grabensprung 29 12683 Berlin	Alpenland Pflegeheime Berlin GmbH Berliner Straße 11 14169 Berlin	BB: 09.12.1998	31.05.1999	01.09.2000	
15.	Pflegeheim „Käthe Kern“ Woldegker Straße 21 13059 Berlin	FSE Pflegeeinrichtungen gGmbH Ostdorfer Straße 121 12207 Berlin	BB: 16.12.1997 ÄB: 06.02.2004	26.01.1998	01.06.1999	
16.	Pflegeheim Köpenick (Haus 2) Werlseestraße 37-39a 12587 Berlin	Sozialstiftung Köpenick Werlseestraße 37-39a 12587 Berlin	BB: 11.09.2002 ÄB: 29.01.2003	01.11.2002	17.05.2004	
17.	Pflegeheim I Bansiner Straße 21 12619 Berlin	Pflegewohnzentrum Kaulsdorf-Nord gGmbH Lily-Braun-Straße 54 12619 Berlin	BB: 27.02.1998	02.03.1998	15.11.1999	
18.	Pflegeheim „Georg Nusche“ Müggelschloßchenweg 46 12555 Berlin	Verein für Berliner Stadtmission Lenaustraße 4 12047 Berlin	BB: 28.05.1998	17.08.1998	24.11.1999	
19.	Pflegeheim Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20 - 23 13086 Berlin	Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20 - 23 13086 Berlin	BB: 27.02.1998	12.08.1998	10.01.2000	
20.	Pflegeheim Andreasstraße 21 10243 Berlin	Diakoniewerk Bethel Clayallee 18-22 14195 Berlin	BB: 01.12.2000 ÄB: 30.01.2003	05.07.2001	01.04.2003	
21.	Pflegeheim Sewanstraße 235 10319 Berlin	Verbund Lichtenberger Seniorenheime - Bezirksamt Lichtenberg Sewanstraße 235 10319 Berlin	BB: 19.09.2002 ÄB: 04.02.2003	19.01.2004		
22.	Kurzzeitpflege Haus Immanuel Pfarrer Lenzel Str. 1-5 13156 Berlin	St. Elisabeth-Stiftung Schönhäuser Allee 141 10437 Berlin	BB: 11.09.1997 ÄB: 12.11.1997 ÄB: 06.03.1998	01.10.1997	01.06.1998	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
23.	Pflegeheim Köpenick (Haus 1) Werleseestraße 37-39a 12587 Berlin	Sozialstiftung Köpenick Werleseestraße 37-39a 12587 Berlin	BB: 20.12.2002	07.06.2004		
24.	Pflegeheim „Abendsonne“ Volkradstraße 30 10319 Berlin	Altenzentrum „Erfülltes Leben“ gGmbH Volkradstraße 27 10319 Berlin	BB: 11.12.2002	01.10.2003		
25.	Pflegeheim „Dr. Hanisch Haus“ Liebigstraße 39 10247 Berlin	St. Elisabeth-Stiftung Schönhäuser Allee 141 10437 Berlin	BB: 27.02.1998	09.06.1998	01.04.2000	
26.	Pflegeheim „Zur Brücke“ Wendenschloßstraße 35 12559 Berlin-Köpenick	Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20 - 23 13086 Berlin	BB: 16.04.1998 ÄB: 29.01.2004	15.06.1998	21.12.1999	
27.	Pflegeheim „Alt Treptow“ Hoffmannstraße 10 12435 Berlin-Treptow	Unionshilfswerk Sozialeinrichtung gGmbH Richard-Sorge-Str. 21 a 10249 Berlin	BB: 08.09.2000 ÄB: 24.01.2003	23.11.2000	01.10.2002	
28.	Pflegeheim „Rosengarten“ Theodor-Brugsch-Straße 18 13125 Berlin-Pankow	PGGS Fanninger Straße 32 10365 Berlin	BB: 10.12.1998	15.03.1999	15.05.2000	
29.	Pflegeheim „Dr. Arno Philippsthal“ (2. Bauabschnitt) Grabensprung 29 12683 Berlin	Alpenland Pflegeheime Berlin GmbH Berliner Straße 11 14169 Berlin	BB: 14.09.2001	14.09.2001	10.12.2001	
30.	Pflegeheim „Dr. Günter Hesse“ Pankower Straße 14 13156 Berlin	Unionshilfswerk Sozialeinrichtung gGmbH Richard-Sorge-Str. 21 a 10249 Berlin	BB: 29.09.2000 ÄB: 24.01.2003	15.08.2001	26.08.2002	
31.	Pflegeheim Alfred-Jung-Straße 17 10369 Berlin	Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH Am Köllnischen Park 6 -7 10179 Berlin	BB: 29.09.2000	12.03.2001	01.07.2002	
32.	Pflegeheim Gürtelstraße 32a 10409 Berlin	Seniorenstiftung Prenzlauer Berg Gürtelstraße 33 10409 Berlin	BB: 25.10.2001 ÄB: 04.02.2003 ÄB: 17.03.2004	07.01.2002	17.02.2003	
33.	Pflegeheim „Biesdorf-Süd“ Köpenicker Straße 302 12683 Berlin	Alpenland Pflegeheime. Berlin GmbH Berliner Straße 11 14169 Berlin	BB: 27.12.2002 ÄB: 11.06.2004	08.12.2004		
34.	Pflegeheim „St. Alexius“ Zingster Str. 74 13031 Berlin	St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee GmbH Gartenstraße 1-5 13088 Berlin	BB: 20.12.2002	01.09.2003	01.12.2004	
35.	Pflegeheim „Hans Höding“ Büschingstraße 29 10249 Berlin	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Oranienburger Straße 285 13437 Berlin	BB: 18.12.2002	27.10.2003		
36.	Pflegeheim „Haus Dorothea“ Pfarrer Lenzel Str. 1-5 13156 Berlin	St. Elisabeth-Stiftung Schönhäuser Allee 141 10437 Berlin	BB: 29.09.2000	02.05.2001	01.04.2002	
37.	Pflegeheim „Haus Ruth“ Wilhelm-Kuhr-Str. 78 13187 Berlin	Ev. Diakonissenhaus Berlin- Teltow Lehnen Lichterfelder Allee 45 14513 Teltow	BB: 29.09.2000 ÄB: 24.01.2003	02.04.2001	23.08.2002	
38.	Pflegeheim Josef-Orlopp-Straße 13 10360 Berlin	Seniorenzentrum Lichtenberg Gem. Heimbetreiber-Gesellschaft in der Diakonie Königsberger Str. 36 12207 Berlin	BB: 25.11.1998	04.01.1999	01.05.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschied vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
39.	Pflegeheim II Bansiner Straße 23 12619 Berlin	Pflegewohnzentrum Kaulsdorf Nord gGmbH Lily-Braun-Straße 54 12619 Berlin	BB: 07.08.2000	14.08.2000	15.02.2002	
40.	Pflegeheim Kyritzer Straße 63 12629 Berlin	Pflegeheim Riemeisterstraße GmbH & Co. Betriebs KG Riemeisterstraße 1 14169 Berlin	BB: 27.12.2002 ÄB: 12.05.2004	28.07.2003		
41.	Pflegeheim Wodegker Str. 5 13059 Berlin	Sozialdienste der Volkssolidarität gGmbH Berlin Alfred-Jung-Straße 17 10367 Berlin	BB: 25.10.2001 ÄB: 30.01.2003 ÄB: 13.02.2004 ÄB: 25.03.2004	16.09.2002	15.03.2004	
42.	Pflegeheim Köpenick (Haus 3) Werlseestraße 37-39a 12587 Berlin	Sozialstiftung Köpenick Werlseestraße 37 - 39a 12587 Berlin	BB: 05.10.1999	30.03.2000	11.02.2002	
43.	Pflegeheim „St. Michael“ Höhensteig 12526 Berlin	St. Hedwigs-Kliniken Berlin Große Hamburger 5 - 11 10115 Berlin	BB: 17.12.2002	11.08.2003	01.01.2005	
44.	Pflegeheim „Ernst Oschmann“ Alfred-Randt-Straße 23 12559 Berlin	Diakoniewerk Bethel e.V. Clayallee 18-22 14195 Berlin	BB: 20.07.2001 ÄB: 30.01.2003	01.11.2001	24.04.2003	
45.	Pflegeheim „St. Antonius“ Rheinpfalzallee 66 10318 Berlin	St. Marien e.V. Gallwitzallee 123 - 143 12249 Berlin	BB: 18.09.1999 ÄB: 02.12.1999	01.04.2000	01.10.2001	
46.	Pflegeheim Buschallee 89 13088 Berlin	Albert-Schweitzer-Stiftung Bahnhofstraße 32 13129 Berlin	BB: 17.12.2002	07.07.2003		
47.	Pflegeheim Südostallee 212 12487 Berlin	FSE. Förderung sozialer Einrichtungen gGmbH Osdorfer Straße 121 12207 Berlin	BB: 05.10.1999	01.12.1999	17.03.2001	
48.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ Bahnhofstr. 10/15 13129 Berlin	„Albert Schweitzer“ Stiftung Geschäftsstelle Bahnhofstr. 10/15 13129 Berlin	BB: 19.07.2000 ÄB: 07.02.2003	01.07.2000	13.12.2001	
49.	Pflegeheim Gürtelstraße 32 10409 Berlin	Seniorenstiftung Prenzlauer Berg Gürtelstr. 33 10409 Berlin	BB: 05.10.1999	15.12.1999	14.05.2001	
50.	Pflegeheim Stavanger Str. 26 10439 Berlin	Seniorenstiftung Prenzlauer Berg Gürtelstr. 33 10409 Berlin	BB: 09.12.2002 ÄB: 30.01.2003	01.08.2003	30.08.2004	
51.	Pflegeheim „Samariter“ im Ulmenhof Grenzbergweg 38 12589 Berlin	Stephanus-Stiftung Albertinerstraße 20 - 23 13061 Berlin	BB: 18.07.2001 ÄB: 29.01.2003	17.09.2001	22.11.2004	
52.	Pflegeheim Wittenberger Str. 38 12689 Berlin	FSE Pflegeeinrichtung gGmbH Osdorfer Straße 121 12207 Berlin	BB: 04.12.2002 ÄB: 30.01.2003	15.12.2003		
53.	Pflegeheim Schleusinger Str. 14 12687 Berlin	Gemeinnützige Heimbetriebs- gesellschaft der Graf Schwerin Forschungsgesellschaft in der Diakonie mbH Königsberger Straße 36 12207 Berlin	BB: 09.09.2002 ÄB: 04.02.2003	28.10.2002	17.09.2003	
54.	Pflegeheim Märkische Allee 68 12681 Berlin	Kursana Gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Sozialleistungen mbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 13.09.2002 ÄB: 15.07.2004	01.12.2004		

## Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflege-VG für Brandenburg

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschcheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
1.	Pflegeheim Neustädtische Heidestraße 18 14776 Brandenburg	Caritas Altenhilfe gGmbH Tübinger Straße 5 10715 Berlin	BB: 23.09.1996 ÄB: 02.07.1998 ÄB: 10.12.1999	29.09.1994	17.07.1997	22.07.1998
2.	Pflegeheim Sachsendorf Werner-Seelenbinder-Ring 4 03048 Cottbus	Alftenpflegeheim Sachsendorf GbR Wernerstraße 58 03048 Cottbus	BB: 19.09.1996 ÄB: 18.05.2001 ÄB: 01.03.2002 ÄB: 31.07.2002	24.08.1994	05.12.1996	08.02.2002
3.	Pflegeheim Leipziger Straße 39 15230 Frankfurt/Oder	Caritas Altenhilfe gGmbH Tübinger Straße 5 10715 Berlin	BB: 29.09.1996 ÄB: 22.08.2000	10.09.1994	01.07.1996	05.10.1999
4.	Pflegeheim „Haus Abendstern“ Hans-Albers-Straße 3 14480 Potsdam	Senioren- und Pflegeheim GmbH Drewitz Hans-Albers-Straße 3 14480 Potsdam	30.05.1996	29.09.1994	30.05.1996	15.06.1999
5.	Pflegeheim Clara-Zetkin-Straße 14 16792 Zehdenick	Verein Hoffnungsthal e.V. Bodelschwinghstraße 4 16321 Lobetal	BB: 26.09.1996 ÄB: 30.01.2001	01.09.1994	15.02.1996	15.07.1998
6.	Pflegeheim Lessingstraße 24 15745 Wildau	Seniorenheim Wildau gGmbH Lessingstraße 24 15745 Wildau	BB: 29.10.1996 ÄB: 16.03.1999 ÄB: 15.11.1999	01.09.1994	23.08.1996	27.07.1998
7.	Pflegeheim Victoriastraße 35 16727 Velten	Caritas Altenhilfe gGmbH Tübinger Straße 5 10715 Berlin	BB: 23.09.1996 ÄB: 02.12.1999 ÄB: 08.02.2000 ÄB: 17.08.2000	05.09.1994	01.12.1996	05.07.1999
8.	Pflegeheim Lichterfelder Allee 45 14513 Teltow	Evangelisches Diakonissenhaus Berlin-Teltow Lichterfelder Allee 45 14513 Teltow	BB: 24.09.1996 ÄB: 14.11.1997 ÄB: 11.10.2000 ÄB: 20.11.2001 ÄB: 28.05.2002	30.09.1994	01.05.1996	22.07.1998
9.	Pflegeheim Stechower Landstraße 3 14712 Rathenow	Pflegezentrum Rathenow Forststraße 39 14712 Rathenow	BB: 10.10.1996 ÄB: 03.11.1999 ÄB: 10.10.2000	29.09.1994	01.07.1996	27.07.1998
10.	Pflegeheim „Am Stadtwall“ Jägerstraße 1 a 16278 Angermünde	AWO Brandenburg Ost e.V. Heinrich-Hildebrand-Straße 20 15232 Frankfurt/Oder	BB: 15.10.1996 ÄB: 06.11.2000	29.09.1994	01.09.1996	20.07.1998
11.	Pflegeheim „Ernterast“ Ladeburger Weg 16321 Lobetal	Verein Hoffnungsthal e.V. Bodelschwinghstraße 27 16321 Lobetal	BB: 29.05.1996 ÄB: 24.06.1996 ÄB: 25.02.2000	25.09.1994	16.01.1996	15.07.1998
12.	Pflegeheim Frankfurter Straße 6a 15236 Pillgram	Ev. Alten- und Krankenheime Beeck-Ruhrort-Walsum Flottenstraße 55 47139 Duisburg-Beck	BB: 12.08.1996 ÄB: 08.09.1999	26.09.1994	01.12.1995	23.07.1998
13.	Pflegeheim Straße der Jugend 7a 15306 Seelow	AWO Heinrich-Hildebrand-Straße 20 15232 Frankfurt/Oder	BB: 19.09.1996 ÄB: 01.02.2001	06.06.1994	01.12.1995	09.07.1998
14.	Pflegeheim Ferdinand-Dam-Str.23 - 25 15518 Eggersdorf	AWO Regionalverband Brandenburg Ost e.V. Heinrich-Hildebrand-Straße 20 15232 Frankfurt/Oder	BB: 11.06.1997 ÄB: 22.12.1999 ÄB: 09.12.2000	08.08.1994	10.01.1997	16.07.1998
15.	Pflegeheim Rathausstraße 1 15372 Müncheberg	Altenheim Müncheberg GbR Rathausstraße 1 15372 Müncheberg	BB: 30.12.1996 ÄB: 03.03.2000 ÄB: 27.10.2000	01.09.1994	20.12.1995	22.07.1998
16.	Pflegeheim „Haus am See“ Prenzlauer Straße 23 17326 Brüssow	Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20-23 13086 Berlin	BB: 13.06.1997 ÄB: 07.06.2001 ÄB: 18.07.2002	30.09.1994	16.04.1996	27.06.2001
17.	Pflegeheim Waldstraße 2 03205 Calau	AWO Bezirksverband Brandenburg Süd Straße der Jugend 15 03046 Cottbus	BB: 23.07.1996 ÄB: 21.10.1999	20.09.1994	21.05.1996	15.07.1998



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
18.	Pflegeheim Beethovenstraße 9 03222 Lübbenau	ASB OV Lübbenau e.V. E.-Weinert-Straße 10 a 03226 Vetschau	BB: 10.06.1997 ÄB: 26.06.2000 ÄB: 15.05.2001 ÄB: 02.11.2001	30.09.1994	30.03.1999	02.04.2001
19.	Pflegeheim Pestalozzistraße 9 03226 Vetschau	ASB OV Lübbenau e.V. E.-Weinert-Straße 10 a 03226 Vetschau	BB: 11.06.1997 ÄB: 06.06.2000 ÄB: 04.08.2000	30.09.1994	01.04.1998	31.08.1999
20.	Pflegeheim Krabatweg 7a 03096 Burg	Pflegeheim Burg Spreewald Krabatweg 7a 03096 Burg	BB: 30.05.1996 ÄB: 08.06.2001 ÄB: 08.11.2001	16.08.1994	01.12.1995	11.05.2001
21.	Pflegeheim Am Krankenhaus 3 03253 Doberlug-Kirchhain	Seniorenzentrum „Albert Schweitzer“ gGmbH Frankenaer Weg 19 03238 Finsterwalde	BB: 09.07.1996 ÄB: 06.07.1999 ÄB: 30.03.2000	30.09.1994	01.11.1996	22.07.1998
22.	Pflegeheim Wilhelm-Pieck-Straße 22 01983 Großbräschen	DRK KV Senftenberg e.V. Puschkinstraße 7 01968 Senftenberg	BB: 17.06.1997 ÄB: 08.12.1999 ÄB: 31.05.2001	30.09.1994	21.04.1997	18.08.1998
23.	Pflegeheim Mückenberger Straße 45 01979 Lauchhammer	MED Gesellschaft für Altenpflege mbH Lauchhammer Mückenberger Straße 45 01979 Lauchhammer	BB: 07.10.1996 ÄB: 12.09.2000 ÄB: 09.01.2001	30.09.1994	01.04.1996	29.06.1999
24.	Pflegeheim Zinnaer Vorstadt 45 - 46 14913 Jüterbog	Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Potsdam e.V. August-Bebel-Straße 86 14482 Potsdam	BB: 21.12.1998 ÄB: 07.12.1999 ÄB: 27.07.2005	20.12.1999	03.12.2001	09.02.2004
25.	Pflegeheim Eschenweg 1 16352 Basdorf	ASB OV Basdorf e.V. Prenzlauer Chaussee 66-70 16352 Basdorf	BB: 10.07.1996 ÄB: 27.03.1997	14.04.1997	09.04.1998	27.11.2000
26.	Pflegeheim Hermannswerder 14473 Potsdam	Hoffbauerstiftung Hermannswerder 14473 Potsdam	BB: 07.02.1997 ÄB: 11.06.1999 ÄB: 10.07.2003 ÄB: 23.10.2003 ÄB: 09.08.2004	03.02.1997	01.04.1998	20.02.2003
27.	Pflegeheim „Am Spreeufer“ Hinter der Mauer 20 15907 Lübben	Landesausschuss für Innere Mission Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 16.03.1999 ÄB: 11.01.2001	30.03.1998	01.04.1999	15.06.2000
28.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ Frankenaer Weg 19 03238 Finsterwalde	Seniorenzentrum „Albert Schweitzer gGmbH“ Frankenaer Weg 19 03238 Finsterwalde	BB: 30.12.1996 ÄB: 07.10.1997	20.10.1997	01.01.2001	
29.	Pflegeheim „Emmaus“ Scharfschwertstraße 44 16540 Hohen Neudendorf	Altenheim Emmaus Scharfschwertstraße 44 16540 Hohen Neudendorf	BB: 25.06.1996 ÄB: 30.12.1996	09.12.1996	19.05.1998	19.10.1999
30.	Pflegeheim „Am Rosengarten“ Max-Mattig-Weg 50 03149 Forst	DRK Kreisverband Forst/Lausitz e.V. Jänicke Straße 24 03149 Forst	BB: 06.10.1997 ÄB: 27.02.2001 ÄB: 02.11.2001 ÄB: 25.07.2002	15.09.1997	20.11.1998	19.09.2001
31.	Altenpflegeheim „Lea Grundig“ Berliner Allee 28 16303 Schwedt	AWO Stadtverband Schwedt e.V. Augustastraße 2a 16303 Schwedt	BB: 20.08.1997 ÄB: 03.11.1999 ÄB: 31.07.2001 ÄB: 23.08.2001 ÄB: 29.11.2003	25.08.1997	01.07.1999	22.05.2001
32.	Tagespflege Gartenstraße 16928 Pritzwalk	Sozialstation Pritzwalk e.V. Bahnhofstraße 6 -7 16928 Pritzwalk	BB: 13.10.1997 ÄB: 30.07.1998	17.08.1998	01.01.1999	
33.	Pflegeheim Straße der Jugend 114 15806 Zossen	LAFIM Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 03.12.1998 ÄB: 04.01.2001 ÄB: 10.03.2005 ÄB: 11.07.2005	21.12.1998	24.01.2000	10.01.2005

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
34.	Pflegeheim Am Kieferngrund 1 15864 Wendisch-Rietz	AWO Regionalverband Brandenburg Ost e.V. Heinrich-Hildebrand-Straße 20 15232 Frankfurt/Oder	BB: 19.09.1994 ÄB: 17.07.2000	19.09.1994	01.02.1996	18.10.1998
35.	Pflegeheim Berliner Chaussee 12 16766 Kremmen	Pro Seniorenpflege im Land Brandenburg Breiter Weg 23 14793 Ziesar	BB: 13.06.1996 ÄB: 15.05.2001	01.09.1994	08.09.1997	31.07.1998
36.	Pflegeheim Frauentor 23 14793 Ziesar	Pro Seniorenpflege im Land Brandenburg Breiter Weg 23 14793 Ziesar	BB: 11.06.1996 ÄB: 19.12.1997 ÄB: 26.06.2001	29.09.1994	09.03.1998	31.05.2001
37.	Pflegeheim Borchertstraße 9 16868 Wusterhausen	Pro Seniorenpflege im Land Brandenburg Breiter Weg 23 14793 Ziesar.	BB: 29.10.1996 ÄB: 01.10.2001 ÄB: 20.11.2001	29.09.1994	16.12.1998	17.05.1999
38.	Pflegeheim „Haus am Werlsee“ Karl-Marx-Straße 34 15537 Grünheide	Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20-23 13086 Berlin	BB: 30.09.1996 ÄB: 06.01.1997 ÄB: 02.11.2000	30.09.1994	26.07.1996	08.07.1998
39.	Pflegeheim Robert-Koch-Straße 2 14974 Ludwigsfelde	Gesellschaft für stat., teilstat. und ambul. Einrichtungen des ASB Bettina-von Arnim-Straße 1 15711 Königs-Wusterhausen	BB: 08.10.1996 ÄB: 30.01.2001 ÄB: 12.08.2002	28.09.1994	02.12.1996	10.12.2001
40.	Pflegeheim Heinrich-Hildebrand-Str. 23 15332 Frankfurt/Oder	Verein Lutherstift zu Frankfurt/Oder H.-Hildebrand-Straße 22-24 15332 Frankfurt/Oder	BB: 27.08.1998 ÄB: 21.08.2001 ÄB: 07.11.2001 ÄB: 09.11.2001	17.08.1998	02.01.2000	20.12.2000
41.	Pflegeheim Langwähler Straße 2 15517 Fürstenwalde	Samariteranstalten Fürstenwalde August-Bebel-Straße 1-4 15517 Fürstenwalde	BB: 08.11.1996 ÄB: 23.02.2000	30.09.1994	15.11.1997	31.08.1999
42.	Tagespflege Berliner Straße 63 16259 Bad Freienwalde	LAFIM Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 03.12.2002 ÄB: 13.10.2003	15.10.2003	01.08.2004	
43.	Pflegeheim „St. Nikolaus- und Marienstift“ Hag 33 04924 Bad Liebenwerda	Kath. Kirchengemeinde „Herz Jesu“ Südring 2 04924 Bad Liebenwerda	BB: 24.09.1996 ÄB: 21.05.2002	30.09.1994	24.06.1996	15.07.1998
44.	Pflegeheim Ruppiner Straße 15 14612 Falkensee	Arbeiter-Samariter-Bund OV Nauen Ruppiner Straße 15 14612 Falkensee	BB: 08.10.1996 ÄB: 12.10.2000 ÄB: 03.08.2001	29.09.1994	12.07.1999	
45.	Pflegeheim Brunnenstraße 9a-10 16225 Eberswald-Finow	Altenheim „Freudenquell“ gGmbH Brunnenstraße 9a-10 16225 Eberswald-Finow	BB: 17.06.1996 ÄB: 14.02.2000	28.09.1994	24.06.1996	04.08.1998
46.	Pflegeheim Kostantin-Zilkowski-Allee 49 15236 Frankfurt/Oder	AWO Frankfurt/Oder e.V. Robert-Havemann-Straße 5 15236 Frankfurt/Oder	BB: 22.12.1998 ÄB: 05.06.2000	20.03.2000	01.07.2002	
47.	Pflegeheim Lindenstraße 22 15926 Luckau	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 26.09.1996 ÄB: 11.01.2000 ÄB: 31.03.2000	29.09.1994	01.01.1996	22.07.1998
48.	Pflegeheim „Emmaushaus“ Eisenhardtstraße 14-17 14469 Potsdam	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 04.06.1997 ÄB: 26.06.1998	29.07.1998	15.09.2000	
49.	Pflegeheim Gubener Straße 2 15230 Frankfurt/Oder	Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Ostbrandenburg e.V. Zehmeplatz 11 15230 Frankfurt/Oder	BB: 20.06.2000 ÄB: 26.09.2001	08.10.2001	16.06.2003	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
50.	Pflegeheim Biesenbrower Str. 31-34 16303 Schwedt	DRK Kreisverband Uckermark Ost e.V. August-Bebel-Straße 13a 16303 Schwedt/Oder	BB: 25.04.1997 ÄB: 18.05.1998 ÄB: 08.07.2002 ÄB: 06.08.2002	18.05.1998	20.10.1999	31.05.2001
51.	Pflegeheim Lohmühlenstraße 27 16321 Bernau	Gesellschaft für Alten- und Behindertenpflege mbH Lohmühlenstraße 27 16321 Bernau	BB: 12.12.2002 ÄB: 16.02.2004	16.02.2004	01.10.2004	
52.	Pflegeheim Theresienheim Goethestraße 11-13 15566 Schöneiche	Pflegeanstalt Georgstift GmbH Klosterstraße 14 49832 Thuine	BB: 28.06.1996 ÄB: 27.03.1997 ÄB: 20.09.2000	25.03.1996	01.10.1996	15.06.2000
53.	Pflegeheim Kranseestraße 1 16515 Oranienburg	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 09.07.1998 ÄB: 28.05.1999	21.05.1999	15.05.2002	
54.	Pflegeheim „St. Hedwig“ Spremburgstraße 24 03159 Döbern	Stiftung „Haus zur heiligen Hedwig“ Dreilindenstraße 24-26 14109 Berlin	BB: 27.03.1997 ÄB: 23.04.2001 ÄB: 03.09.2001 ÄB: 13.03.2002	05.05.1997	16.01.1999	29.06.2001
55.	Pflegeheim „Herberge zur Heimat“ Wilkestraße 36 03172 Guben	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 25.09.1997 ÄB: 09.09.1998 ÄB: 27.09.2004	11.09.1998	30.01.2000	
56.	Pflegeheim Gärtnerstraße 7 03172 Spremberg	Verein Hoffnungstal e.V. Bodelschwinghstraße 27 16321 Lobetal	BB: 24.08.2001 ÄB: 26.02.2002	05.03.2002	01.12.2003	
57.	Pflegeheim Muskauer Straße 03130 Spremberg	Seniorenheim Spremberg GbR Wernerstraße 58 03046 Cottbus	BB: 16.10.1997 ÄB: 14.08.1998	28.07.1998	13.09.2000	11.01.2002
58.	Tagespflege Lichterfelder Allee 45 14513 Teltow	Evangel. Diakonissenhaus Berlin-Teltow Lichterfelder Allee 45 14513 Teltow	BB: 11.12.2002 ÄB: 22.01.2003	03.03.2003	01.09.2003	
59.	Tagespflege Bauhofstraße 48 14776 Brandenburg	Hauskrankenpflege für Jedermann e.V. Bauhofstraße 52 14776 Brandenburg	BB: 23.06.1997 ÄB: 03.07.1998 ÄB: 21.04.1999 ÄB: 26.01.2001	02.03.1998	01.10.1998	14.04.1999
60.	Pflegeheim „Hospital z. Heiligen Geist“ Niemegker Straße 37 14806 Belzig	Luise-Henrietten-Stift Klosterkirchplatz 1-19 14797 Lehnin	06.08.2004	14.04.2004	15.11.2004	
61.	Pflegeheim Potsdamer Straße 8 14669 Ketzin	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 30.12.1997 ÄB: 18.09.1998 ÄB: 14.04.2005	19.10.1998	26.02.2000	28.02.2005
62.	Pflegeheim „Kloster Lindow“ Klosterstift 1-2 16835 Lindow	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 18.08.1997 ÄB: 17.11.1998	17.12.1998	30.11.2000	
63.	Tagespflege Franz-Wienholz-Str. 45 b 17291 Prenzlau	Diakoniestation Prenzlau e.V. Franz-Wienholz-Str. 45 b 17291 Prenzlau	BB: 10.03.1999 ÄB: 04.01.2001 ÄB: 22.02.2001 ÄB: 12.09.2003	01.12.1996	19.08.1998	04.12.2000
64.	Pflegeheim Lindenstraße 17 19345 Perleberg	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 26.09.1996 ÄB: 03.07.1997 ÄB: 19.04.2000 ÄB: 01.06.2004	09.06.1997	17.11.1998	19.03.2002
65.	Pflegeheim „Haus Wilhelmsdorf“ Wilhelmsdorf 21 - 22 14776 Brandenburg	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 24.11.1998 ÄB: 15.12.1999	17.01.2000	13.02.2002	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
66.	Pflegeheim „Riedelstift“ Bautzener Straße 42 03050 Cottbus	ASB Ortsverband Cottbus e.V. Görlitzer Straße 12 03046 Cottbus	BB: 09.09.1998 ÄB: 10.01.2001 ÄB: 19.03.2003	14.09.1998	01.04.2001	17.06.2002
67.	Pflegeheim Sibeliussstraße 03044 Cottbus	Malteser Werke e.V. Kalker Hauptstraße 22-24 51103 Köln	BB: 24.11.1997 ÄB: 15.07.1999	13.12.1999	02.04.2002	
68.	Pflegeheim Seestraße 1 14548 Caputh	Gesundheitszentrum Teltow gGmbH Potsdamer Straße 7-9 14513 Teltow	BB: 27.06.1997 ÄB: 04.05.1998 ÄB: 28.12.1998 ÄB: 10.05.2005	11.05.1998 09.04.1999	15.02.1999 16.02.1999	15.12.2004
69.	Pflegeheim Potsdamer Platz 16227 Eberswalde	Deutsches Rotes Kreuz KV Eberswalde e.V. Robert-Koch-Straße 11 16225 Eberswalde	BB: 29.08.1997 ÄB: 24.08.1998	10.08.1998	30.03.2000	
70.	Tagespflege Bahnhofstraße 6 14728 Rhinow	Diakonisches Werk Havelland e.V. Mittelstraße 8 14712 Rathenow	BB: 27.10.1997 ÄB: 18.12.1998 ÄB: 04.07.2002	08.03.1999	27.10.1999	07.01.2002
71.	Pflegeheim Rheinsberger Straße 16798 Fürstenberg	Landesausschuß für Innere Mission im Land Brandenburg Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 12.12.2002 ÄB: 14.08.2003	28.07.2003	30.11.2004	
72.	Pflegeheim Hannestraße 18 15566 Schöneiche	Seniorenwohn- und Pflegeheim Schöneiche gGmbH Hannestraße 18 15566 Schöneiche	BB: 25.07.1997 ÄB: 03.07.1998 ÄB: 31.07.2003	10.08.1998	01.10.1999	01.03.2002
73.	Pflegeheim Kastanienstraße 17268 Templin	Deutsches Rotes Kreuz KV Uckermark e.V. Robert-Koch-Str. 17 17268 Templin	BB: 30.12.1998 ÄB: 21.08.2000	05.06.2000	24.09.2001	
74.	Pflegeheim Kommunardenweg 14-15 15232 Frankfurt (Oder)	Stadt Frankfurt (Oder) Marktplatz 1 15230 Frankfurt (Oder)	BB: 16.12.2002 ÄB: 23.06.2003	04.08.2003	15.12.2004	
75.	Pflegeheim Am Kahlberg 23 a 14478 Potsdam	AWO Potsdam Heinrich-Mann-Allee 103 14478 Potsdam	BB: 29.12.1997 ÄB: 13.11.1998	30.11.1998	30.09.2002	
76.	Pflegeheim Wiezener Straße 1 A 15344 Strausberg	St.-Elisabeth-Stiftung Albertinenstraße 20-23 13086 Berlin	BB: 12.12.1997 ÄB: 24.03.1999 ÄB: 03.05.2005	29.03.1999	01.01.2001	03.01.2005
77.	Pflegeheim Gartenstraße 11 16928 Pritzwalk	St.-Elisabeth-Stiftung Schönhauser Allee 141 13437 Berlin	BB: 26.07.1996 ÄB: 01.04.1997 ÄB: 03.12.1999 ÄB: 01.11.2000	09.08.1995	01.12.1996	25.03.1999
78.	Pflegeheim Rosa-Luxemburg-Str. 40 16909 Wittstock	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Brandenburg e.V. Hans-Albers-Straße 1 14480 Potsdam	BB: 20.10.1999 ÄB: 04.01.2001 ÄB: 03.04.2003 ÄB: 02.06.2003	20.01.2000	30.03.2001	02.06.2003
79.	Pflegeheim Ludwig-Richter-Straße 6-7 14467 Potsdam	Potsdamer Bürgerstift Ludwig-Richter-Straße 6-7 14467 Potsdam	BB: 03.07.1998 ÄB: 24.09.1999 ÄB: 05.10.2004	01.11.1999	09.10.2001	14.05.2004
80.	Pflegeheim „Haus Abendstern“ Hans-Albers-Straße 3 14480 Potsdam	Senioren- und Pflegeheim GmbH Drewitz Hans-Albers-Straße 3 14480 Potsdam	10.08.1999	08.09.2003	01.03.2004	
81.	Pflegeheim Nürnberger Straße 38 A 14547 Belitz	Seniorenwohn- und Betreuungsgesellschaft Güterfelde Potsdamer Straße 7/9 14513 Teltow	BB: 10.08.1997 ÄB: 28.12.1998	09.04.1999	16.02.1999	
82.	Pflegeabteilung für Appaliker in der Behinderteneinrichtung Brandenburg Allee 1 16321 Bernau/Waldsiedlung	Michels Senioren Rehabilitationspflege GmbH Brandenburg Allee 1 16321 Bernau/Waldsiedlung	BB: 09.12.2002 ÄB: 13.06.2003	09.07.2003	01.06.2005	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
83.	Pflegeheim Am Wasserwerk 1c + 1d 16767 Leegebruch	Arbeiter-Samariter-Bund Kreisvereinigung Oberhavel Robert-Koch-Platz 21a 16767 Leegebruch	BB: 18.11.2002 ÄB: 13.06.2003	05.06.2003	09.09.2004	
84.	Tagespflege Zum Freibad 69 14943 Luckenwalde	Senioren-Nachbarschafts- heim e.V. Zum Freibad 69 14943 Luckenwalde	BB: 25.11.1998 ÄB: 07.06.1999	07.06.1999 02.04.2001	01.03.2000	20.12.2000
85.	Pflegeheim Arnold-Böcklin-Str. 7 15831 Mahlow	Deutsches Rotes Kreuz KV Fläming-Spreewald e.V. Neue Parkstraße 18 14943 Luckenwalde	BB: 26.11.1998 ÄB: 13.07.2000 ÄB: 08.09.2005	01.09.2000	06.04.2002	18.03.2005
86.	Pflegeheim Clara-Zetkin-Str. 14 03046 Cottbus	AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V. Straße der Jugend 15 03046 Cottbus	BB: 10.12.1998 ÄB: 12.10.1999 ÄB: 30.06.2000 ÄB: 08.07.2004	17.11.1999	03.06.2002	11.03.2003
87.	Pflegeheim Am Friedenshain 18a 16248 Oderberg	Arbeiterwohlfahrt Bezirks- verband Brandenburg Ost Heinrich-Hildebrand-Str. 20 15232 Frankfurt (Oder)	BB: 28.12.1998 ÄB: 26.10.1999 ÄB: 18.04.2000 ÄB: 04.10.2004	15.11.1999	06.12.2000	26.01.2004
88.	Pflegeheim „Johanneshaus“ Wilhelmstraße 1-3 14624 Dallgow-Döberitz	Johanneshaus gGmbH Tübinger Straße 5 10715 Berlin	BB: 26.10.1999 ÄB: 03.11.1999 ÄB: 06.04.2004 ÄB: 04.10.2004	09.08.1999	20.12.2000	28.01.2004
89.	Pflegeheim „Karlstust“ Birkenallee 10 15859 Storkow	Stadt Storkow (Mark) Rudolf-Breitscheid-Straße 74 15859 Storkow	BB: 17.12.1999 ÄB: 19.09.2000 ÄB: 18.05.2004	04.10.2000	11.12.2001	11.03.2004
90.	Pflegeabteilung in der vollst. Einrichtung für geistig behinderte Erwachsene Ernst-Schneller-Str. 3 01979 Lauchhammer	Arbeiterwohlfahrt Regionalverband Brandenburg Süd e.V. Inselstraße 24 03046 Cottbus	BB: 25.03.1999 ÄB: 25.04.2000 ÄB: 05.11.2003	05.06.2000	29.06.2001	28.05.2002
91.	Pflegeheim Straße des 3. Oktobers 11-13 04910 Elsterwalde	Pro Civitate Pflege und Betreuung Elsterwalde gGmbH Straße des 3. Oktobers 11-13 04910 Elsterwalde	BB: 16.08.2001 ÄB: 23.08.2002	03.09.2002	01.11.2005	
92.	Pflegeheim Taubenstraße 03046 Cottbus	Landesausschuss für Innere Missin Berliner Straße, 148 14467 Potsdam	BB: 28.10.2002 ÄB: 10.07.2003	18.08.2003	29.11.2004	
93.	Pflegeheim „Rosa Thälmann“ Am Sandberg 1 03172 Guben	Gubener Sozialwerke gGmbH Am Sandberg 1 03172 Guben	BB: 03.12.1998 ÄB: 20.08.1999	01.09.1999	30.08.2001	18.03.2003
94.	Tagespflege Cottbuser Straße 18 03119 Welzow	Diakoniestation Welzow gGmbH Cottbuser Straße 18 03119 Welzow	BB: 30.12.1998 ÄB: 02.08.1999 ÄB: 04.07.2002	30.08.1999	19.06.2000	30.04.2002
95.	Pflegeheim „St. Josef“ Schützenstraße 4-5 14943 Luckenwalde	St. Marien e.V. Gallwitzallee 123 - 143 12249 Berlin	BB: 07.12.1998 ÄB: 01.11.1999 ÄB: 16.08.2004	20.03.2000	01.10.2001	18.06.2003
96.	Pflegeheim Schwedter Straße 10 17291 Prenzlau	AWO Bezirksverband Potsdam August-Bebel-Straße 86 14482 Potsdam	BB: 02.03.2000 ÄB: 26.07.2000 ÄB: 27.07.2005	20.03.2000	02.09.2002	07.04.2005
97.	Pflegeheim Chausseestraße 81 15711 Königs Wusterhausen	Seniorenheim Wildau GmbH Lessingstraße 24 15745 Wildau	BB: 28.06.1999 ÄB: 26.10.2000	19.06.2000	01.09.2001	
98.	Pflegeheim „Geschwister Scholl“ Geschwister-Scholl-Str. 60 14471 Potsdam	Stadtverwaltung Landeshauptstadt Potsdam Friedrich-Ebert-Straße 79-81 14467 Potsdam	BB: 17.05.1999 ÄB: 18.04.2000 ÄB: 04.10.2004 ÄB: 06.01.2005	05.06.2000	10.12.2001	17.02.2003

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
99.	Pflegeabteilung in der Behinderteneinrichtung Hoffbauer-Stiftung Hermannswerder 14473 Potsdam	Hoffbauerstiftung Hermannswerder 14473 Potsdam	BB: 04.12.2002 ÄB: 22.12.2003	02.02.2004	06.01.2005	
100.	Pflegeheim Meistersingerstraße 20 14471 Potsdam	Landesausschuss für Innere Mission Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 29.12.2000 ÄB: 15.08.2002	15.05.2002	15.07.2003	
101.	Pflegeheim Ravensbergerweg 4 14557 Wilhelmshorst	St. Josef-Krankenhaus Berlin - Weissensee GmbH Gartenstraße 1 - 5 13088 Berlin	BB: 02.07.2002 ÄB: 25.04.2003	14.04.2003	16.08.2004	
102.	Pflegeheim Friedrich-Wolf-Straße 11 16761 Hennigsdorf	Senioren-Wohnpark Hennigsdorf GmbH Sportallee 1 22335 Hamburg	BB: 16.12.2004 ÄB: 10.03.2004	06.10.2003	31.01.2005	
103.	Pflegeheim Mückenberger Straße 45 01979 Lauchhammer	Eheleute Röcheow Wernerstraße 58 03046 Cottbus	BB: 17.12.2002	30.09.1994	01.04.1996	
104.	Pflegeheim Dammstraße 41 14641 Nauen	Arbeiter-Samariter-Bund Ortsverband Nauen e.V. Ruppiner Straße 20-32 14612 Falkensee	BB: 25.11.2002 ÄB: 28.11.2003	22.07.2003	01.06.2005	
105.	Pflegeheim Hertha-Straße 16562 Bergfelde	St. Elisabeth Stiftung Schönhäuser Allee 141 10437 Berlin	BB: 28.06.2001 ÄB: 28.02.2003	04.11.2002	14.05.2004	
106.	Pflegeheim Magnusstraße 03149 Forst	Landesausschuss für Innere Mission Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 30.12.1999 ÄB: 12.04.2001	02.05.2001	12.09.2002	
107.	Pflegeheim Prenzlauer Allee 17268 Templin	Landesausschuß für Innere Mission Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 15.05.2002 ÄB: 18.10.2002	18.11.2002	14.07.2004	
108.	Pflegeabteilung in der vollst. Behinderteneinrichtung Reichenhainer Straße 04924 Prieschka	Pro Civitate Pflege und Betreuung Elsterwerda gGmbH Straße des 3. Oktober 11 - 13 04910 Elsterwerda	BB: 12.12.2002	20.10.2003	28.11.2004	
109.	Pflegeabteilung in der vollst. Behinderteneinrichtung Am Wiesengrund 14959 Trebbin	DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V. Neue Parkstraße 18 14943 Luckenwalde	BB: 22.11.2002 ÄB: 24.06.2003	14.07.2003	28.08.2004	
110.	Pflegeheim Tschirchdamm 20 14472 Brandenburg	Seniorenzentrum „Martha Piter“ gGmbH Tschirchdamm 20 14772 Brandenburg	BB: 28.12.1999 ÄB: 26.04.2001	15.05.2001	30.09.2003	
111.	Tagespflege Martin-Luther-Straße 23 14612 Falkensee	Gemeinschaftswerk Soziale Dienste Nauen e.V. Paul-Jerchel-Straße 6 14641 Nauen	BB: 28.12.1999 ÄB: 04.05.2001 ÄB: 12.01.2005	09.07.2001	01.09.2002	11.02.2004
112.	Pflegeheim „Haus am Wersee“ Karl-Marx-Straße 34 15537 Grünheide	Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20 - 23 13086 Berlin	BB: 09.12.2002	30.09.1994	26.07.1996	
113.	Pflegeheim „Haus Abendstern“ Hans-Albers-Straße 3 14480 Potsdam	Senioren- und Pflegeheim GmbH Drewitz Hans-Albers-Straße 3 14480 Potsdam	BB: 30.05.1996	29.09.1994	30.05.1996	



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschied vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
114.	Pflegeabteilung in der vollst. Behinderteneinrichtung Frankfurter Straße 73 16259 Bad Freienwalde	Stephanus-Stiftung  Albertinenstraße 20-23 13086 Berlin	BB: 10.06.2002 ÄB: 27.01.2003	17.02.2003	30.08.2004	
115.	Pflegeheim Beethovenstraße 9 03222 Lübbenau	ASB OV Lübbenau e.V. Erich-Weinert-Straße 10a 03226 Vetschau	19.12.2002	30.09.1994	30.03.1999	
116.	Pflegeheim  Hans-Marchwitzstr. 23 14806 Belzig	SIV Immobilien Verwaltungsgesellschaft mbH Sportallee 1 22335 Hamburg	BB: 25.04.2002 ÄB: 25.06.2003	03.11.2003	23.02.2005	
117.	Pflegeheim Niederlehmer Chaussee 15537 Wernsdorf	Burchard Führer Kurfürstendamm 53 29352 Adelheidshof	BB: 03.12.2002 ÄB: 20.01.2004	05.01.2004	01.10.2004	
118.	Pflegeheim  Hauptstraße 11 15741 Bestensee	Berliner Stadtmission Gemeinnützige Diakonie Betriebs GmbH Lenastraße 4 12047 Berlin	BB: 04.09.2002 ÄB: 14.02.2003	17.02.2003	01.03.2004	
119.	Pflegeheim „Arche Noa“ Gerbergarten 1 01190 Ortrand	Diakonie Sozialwerk Lausitz Mühlweg 6 02826 Görnitz	BB: 09.12.2002 ÄB: 01.04.2004	05.06.2003	15.07.2004	
120.	Pflegeheim  Schönerlinder Straße 11 16341 Zepernick	Gemeinnützige Gesellschaft für Senioren und Behinderte Niederbarnim mbH Schönerlinder Straße 11 16341 Zepernick	BB: 03.12.2002 ÄB: 14.10.2003	25.08.2003	09.12.2004	
121.	Pflegeheim  Grabenstraße 2 14662 Friesack	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. Hans-Albers-Straße 1 14480 Potsdam	BB: 23.08.2002 ÄB: 23.04.2003	12.05.2003	10.07.2004	
122.	Pflegeheim Junkerstraße 16816 Neuruppin	ASB KV Ostprignitz e.V. Schifferstraße 1 16816 Neuruppin	BB: 31.05.2001 ÄB: 24.04.2002	03.06.2002	03.02.2003	
123.	Pflegeheim  Seestraße 12 16831 Rheinsberg	Pro Seniorenpflege im Land Brandenburg e.V. Breiter Weg 23 14793 Ziesar	BB: 08.10.2001 ÄB: 27.02.2003	07.03.2003	16.06.2004	
124.	Pflegeheim Grabowseestraße 26 - 40 16515 Friedrichsthal	Landesausschuss für Innere Mission Postfach 60 10 08 14410 Potsdam	BB: 05.11.2001 ÄB: 21.01.2003	25.11.2002	05.03.2004	
125.	Pflegeheim Borchertstraße 9 16868 Wusterhausen	Pro Seniorenpflege im Land Brandenburg e.V. Frauentor 23 14793 Ziesar	29.10.1996	29.09.1994	16.12.1998	
126.	Pflegeheim „Am Schwalbenberg“ Rotkehlchenweg 14542 Werder	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. Hans-Albers-Straße 1 14480 Potsdam	BB: 05.12.2002 ÄB: 29.04.2003	02.06.2003	10.09.2004	
127.	Pflegeabteilung in der Wohnstätte für Behinderte Geflüderstraße 100 01987 Schwarzheide	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Senftenberg e.V. Puschkinstraße 7 01968 Senftenberg	BB: 27.07.2001 ÄB: 30.04.2002	19.11.2001	01.03.2003	
128.	Pflegeheim Frankfurter Straße 16259 Bad Freienwalde	Stephanus-Stiftung Albertinenstraße 20 - 23 13086 Berlin	BB: 05.12.2002 ÄB: 22.01.2003	24.02.2003	22.11.2004	
129.	Pflegeheim  Eugen-Richter-Straße 1 15848 Beeskow	Seniorenheime des Lk. Oder-Spree gGmbH Fontanestraße 10 15848 Beeskow	BB: 13.11.2002 ÄB: 14.08.2003	14.07.2003	01.10.2004	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
130.	Stationäres Hospiz Bauhofstraße 48 14776 Brandenburg	Hauskrankenpflege für Jedermann e.V. Bauhofstraße 48 14776 Brandenburg	BB: 12.12.2002 ÄB: 11.11.2003	08.12.2003	01.10.2004	
131.	Pflegeheim Dorfstraße 1 14793 Gräben, OT Dahlen	ASB Ortsverband Brandenburg e.V. Walter-Ausländer-Straße 8 14772 Brandenburg	BB: 12.12.2002 ÄB: 08.12.2003	25.09.2003	13.12.2004	13.12.2004
132.	Tagespflege Rüdersdorfer Straße 19-20 15569 Woltersdorf	Ev. Alten- und Pflegeheim „Haus Gottesfriede“ gGmbH Rüdersdorfer Straße 19-20 15569 Woltersdorf	BB: 22.11.2002 ÄB: 27.12.2004	08.10.2002	01.09.2000	14.12.2004
133.	Pflegeheim Nuthewiesen Am Mühlengraben 3 14959 Trebbin	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. Hans-Albers-Straße 1 14480 Potsdam	BB: 16.03.2001 ÄB: 22.06.2001 ÄB: 07.12.2004	16.07.2001	07.10.2002	18.12.2003
134.	Pflegeheim Andermacher Straße 15366 Neuenhagen	Mathilde-Zimmer-Stiftung e.V. Bayerische Straße 31 10670 Berlin	12.11.2002	12.12.2002	17.10.2002	
135.	Pflegeheim Am Markt 04895 Falkenberg	AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V. Inselstraße 24 03049 Cottbus	BB: 03.12.2002 ÄB: 25.07.2003	17.07.2003	15.12.2004	
136.	Pflegeheim Um die Halbe Stadt 10 D 03181 Peitz	Diakonisches Werk Niederlausitz e.V. Feldstraße 24 03044 Cottbus	BB: 19.11.2002 ÄB: 09.05.2003	09.04.2003	09.12.2004	
137.	Tagespflege Cottbuser Straße 35 F 03149 Forst	Volkssolidarität Spree-Neiße e.V. Im Haag 46 03149 Forst	BB: 17.10.2002 ÄB: 12.05.2003	06.06.2003	01.09.2003	
138.	Pflegeheim Alt-Deulowitz 26 03172 Guben/Deulowitz	Pro Seniore Betreuungsdienste gGmbH Am Deutsch-Französischen Garten 66117 Saarbrücken	BB: 06.12.2002 ÄB: 16.12.2003	15.10.2003	07.01.2006	
139.	Pflegeheim Peitzer Straße 26 03042 Cottbus	Marseille Kliniken AG Sportallee 1 22335 Hamburg	BB: 27.12.2002 ÄB: 31.03.2003	10.06.2003	01.07.2004	
140.	Pflegeheim Georg-Herwegh-Straße 14-16 16225 Eberswalde	Diakonieverbund Eberswalde gGmbH Schicklerstraße 48 16225 Eberswalde	BB: 12.12.2002 ÄB: 28.10.2003	12.11.2003	07.05.2005	
141.	Stationäres Hospiz Kantstraße 35 15230 Frankfurt (Oder)	Wichern-Pflegedienst gGmbH Luisenstraße 21-34 15230 Frankfurt (Oder)	BB: 12.12.2002 ÄB: 11.02.2004	06.11.2000	01.11.2001	11.12.2002
142.	Pflegeheim „Albert-Schweitzer-Haus“ Feldstraße 24 03044 Cottbus	Diakonische Altenhilfe Niederlausitz gGmbH Feldstraße 24 03044 Cottbus	BB: 06.12.2002 ÄB: 22.08.2003	27.08.2003	01.04.2005	
143.	Pflegeheim Rudolf-Breitscheid-Straße 16775 Gransee	Gesellschaft für Integration von Menschen mit Behinderungen – GIB e.V. Tuchmacherweg 8-10 13158 Berlin	BB: 26.11.2002 ÄB: 17.12.2003	13.10.2003	30.06.2005	
144.	Pflegeheim Wernsdorfer Straße 15751 Niederlehme	Seniorenheim Wildau GmbH Lessingstraße 24 15745 Wildau	BB: 09.12.2002 ÄB: 23.12.2003	25.08.2003	30.07.2004	
145.	Pflegeheim Oranienburger Straße 20 16540 Hohen-Neuendorf	Evangelisches Johannesstift Schönwalder Allee 26 13587 Berlin	BB: 12.12.2002 ÄB: 14.10.2003	04.08.2003	07.10.2004	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschied vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
146.	Pflegeheim „Albert-Schweitzer-Haus“ Feldstraße 24 03044 Cottbus	Diakonische Altenhilfe Niederlausitz gGmbH Feldstraße 24 03044 Cottbus	BB: 06.12.2002 ÄB: 22.08.2003	27.08.2003	01.04.2005	
147.	Pflegeheim „Saalower Berg“ Horstweg 1 15806 Saalow	DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V. Neue Parkstraße 18 14943 Luckenwalde	BB: 12.11.2002 ÄB: 25.04.2003	16.06.2003	31.07.2004	
148.	Pflegeheim  Legder Chaussee 2 19334 Bad Wilsnack	AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Hans-Albers-Straße 1 14480 Potsdam	BB: 13.11.2002 ÄB: 23.04.2003	01.04.2003	27.10.2004	
149.	Pflegeheim „Haus Goethe“ Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 9a 19336 Bad Wilsnack	KMG Seniorenresidenz Haus Goethe GmbH Badstraße 5 - 7 19336 Bad Wilsnack	12.12.2002	29.04.2005	06.09.2005	
150.	Pflegeheim  Am Kamp 16278 Angermünde	Landesausschuss für Innere Mission Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 12.11.2002 ÄB: 08.08.2003	07.07.2003	19.02.2005	
151.	Pflegeheim „Villa Motz“ Lichterfelder Str. 1 - 2 16225 Eberswalde	VIVATAS Hauskrankenpflege GmbH Lichterfelder Str. 1 - 2 16227 Eberswalde	BB: 06.11.2002 ÄB: 17.10.2003	21.07.2003	01.12.2004	
152.	Pflegeheim  Frankfurter Straße 25 15517 Fürstenwalde	DRK Kreisverband Oder-Spree e.V. Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 37 - 38 15517 Fürstenwalde	BB: 12.12.2002 ÄB: 08.09.2003	22.07.2003	01.03.2005	
153.	Pflegeheim  Robert-Koch-Straße 2 14974 Ludwigsfelde	ASB OV Königs- Wusterhausen e.V. Bettina-von-Arnim-Straße 1 15711 Königs Wusterhausen	11.12.2002	28.09.1994	02.12.1996	
154	Tagespflege „Lucie Hein“ Wasserstraße 8 - 9 15370 Petershagen	Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH Seebad 82 - 83 15562 Rüdersdorf	BB: 22.11.2002 ÄB: 04.08.2003	25.08.2003	01.10.2004	
155.	Pflegeheim  Straße des Friedens 15245 Atlandsberg	Paritätische Gesellschaft für Pflege, Gesundheit und Sozialdienste mbH Templiner Straße 19 14473 Potsdam	BB: 02.12.2002 ÄB: 30.07.2003	24.06.2003	05.11.2004	
156.	Pflegeheim  Ritterstraße 04936 Schlieben	AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V. Inselstraße 24 03046 Cottbus	BB: 26.11.2002 ÄB: 07.11.2003	04.09.2003	08.12.2004	
157.	Pflegeabteilung in der Wohnstätte für geistig Behinderte Bodelschwingstraße 19 16321 Lobetal	Hoffnungstaler Anstalten Lobetal Brandenburg Süd e.V. Bodelschwingstraße 19 16321 Lobetal	BB: 20.11.2002 ÄB: 10.07.2003	14.07.2003	06.09.2004	
158.	Pflegeheim  Spremberger Straße 34-40 03119 Welzow	Landesausschuss für Innere Mission Berliner Straße 148 14467 Potsdam	BB: 28.10.2002 ÄB: 05.08.2003	04.08.2003	10.12.2004	
159.	Pflegeheim für behinderte pflegebedürftige Menschen Kommunardenweg 14-15 15230 Frankfurt (Oder)	Stadt Frankfurt (Oder)  Marktplatz 1 15230 Frankfurt (Oder)	BB: 20.12.2002 ÄB: 23.06.2003	04.08.2003	15.12.2004	
160.	Pflegeheim  Kiepenheuer Allee 14469 Potsdam	St. Joseph-Krankenhaus Berlin Weissensee GmbH Gartenstraße 1-5 13088 Berlin	BB: 12.12.2002 ÄB: 08.09.2003	15.08.2003	05.01.2005	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
161.	Pflegeheim Dorfstraße 1 14793 Gräben	ASB OV Brandenburg e.V. Walther-Ausländer-Straße 8 14772 Brandenburg	BB: 06.12.2002 ÄB: 08.12.2003	25.09.2003	13.12.2004	
162.	Stationäres Hospiz „Auf dem Drachenkopf“ Erich-Mühsam-Straße 17 16225 Eberswalde	Ev. Feierabendheim „Auf dem Drachenkopf“ e.V. Erich-Mühsam-Straße 17 16225 Eberswalde	BB: 13.12.2002 ÄB: 27.01.2004	19.08.2003	01.09.2004	
163.	Pflegeheim Meyenburger Chaussee 23a 16909 Wittstock/Dosse	KMG Seniorenresidenz Haus Fontane GmbH Badstraße 5 - 7 19336 Bas Wilsnack	12.12.2002	29.04.2005	16.11.2005	
164.	Tagespflege Berliner Straße 23 14662 Friesack	ASB Ortsverband Nauen e.V. Ruppiner Straße 15 14612 Falkensee	BB: 12.11.2002 ÄB: 07.07.2003	05.08.2003	01.06.2004	
165.	Stationäres Hospiz Fehlbelliner Straße 38 16816 Neuruppin	Ruppiner Hospiz e.V. Fehlbelliner Straße 38 16816 Neuruppin	BB: 09.12.2002 ÄB: 08.09.2003	29.10.2003	04.10.2004	
166.	Pflegeheim An der Kirschallee 16359 Biesenthal	Volkssolidarität Barnim e.V. Schneiderstraße 19 16225 Eberswalde	BB: 03.12.2002 ÄB: 14.08.2003	01.09.2003	01.12.2004	
167.	Pflegeheim „Haus Premnitz“ Heimstraße 16 14727 Premnitz	Wohn- und Pflegezentrum Westhavelland gGmbH Forststraße 39 14712 Rathenow	BB: 09.12.2002 ÄB: 04.08.2003	10.06.2003	10.06.2004	
168.	Pflegeheim Otto-Grotewohl-Ring 1 15344 Strausberg	AWO Bezirksverband Brandenburg Ost e.V. Heinrich-Hildebrand-Str. 20 15232 Frankfurt (Oder)	BB: 04.12.2002 ÄB: 14.10.2003	28.07.2003	25.08.2004	
169.	Pflegeheim Wilhelm-Hasemann-Straße 1 04931 Mühlberg/Elbe	AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V. Inselstraße 24 03049 Cottbus	BB: 03.12.2002 ÄB: 19.11.2003	20.08.2003	01.12.2004	
170.	Pflegeheim Fontanesiedlung 19 16761 Henningsdorf	SWP Soziale Grundbesitzgesellschaft mbH Sportallee 1 22335 Hamburg	BB: 16.12.2002 ÄB: 03.02.2004	06.10.2003	01.05.2005	
171.	Pflegeheim Clara-Zetkin-Straße 2 04916 Herzberg/Elster	Seniorenzentrum „Albert Schweitzer“ gGmbH Frankenaer Weg 19 03238 Finsterwalde	BB: 16.12.2002 ÄB: 07.10.2003	10.07.2003	01.10.2005	
172.	Pflegeheim für Blinde Wiesenweg 58 03130 Spremberg	Behindertenwerk Spremberg e.V. Wiesenweg 58 03130 Spremberg	BB: 06.11.2002 ÄB: 03.07.2003	21.07.2003	08.04.2004	
173.	Pflegeheim St. Marien Hag 31-33 04924 Bad Liebenwerda	Caritas Trägerses. St. Mauritius gGmbH Hag 5 04924 Bad Liebenwerda	13.12.2002	30.09.1994	24.06.1996	
174.	Pflegeheim An der Frankfurter Straße 15237 Pillgram	Evangelisches Alten- und Krankenheim gGmbH Beeck Kuhrott Walsum Flottenstraße 55 47139 Duisburg	11.12.2002	26.09.1994	01.12.1995	
175.	Pflegeheim Am Kiefergrund 1 15864 Wendisch Rietz	AWO Bezirksverband Brandenburg Ost e.V. Heinrich-Hildebrand-Str. 20 15232 Frankfurt (Oder)	11.12.2002	19.09.1994	01.02.1996	
176.	Pflegeheim „Am Stadtwall“ Jägerstraße 1a 16278 Angermünde	AWO Bezirksverband Brandenburg Ost e.V. Heinrich-Hildebrand-Straße 20 15232 Frankfurt (Oder)	11.12.2002	29.09.1994	01.09.1996	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
177.	Pflegeheim Am Kleinhof 2 03253 Doberlug-Kirchheim	Seniorenzentrum „Albert Schweitzer“ gGmbH Frankenaer Weg 19 03238 Finsterwalde	10.12.2002	30.09.1994	01.11.1996	
178.	Pflegeheim Berliner Chaussee 12 16766 Kremmen	Pro Seniorenpflege im Land Brandenburg e.V. Frauentor 23 14793 Ziesar	11.12.2002	01.09.1994	08.09.1997	
179.	Pflegeheim Clara-Zetkin-Straße 14 16792 Zehdenick	Hoffnungstaler Anstalten Bodenschwingstraße 4 16321 Lobetal	10.12.2002	01.09.1994	15.02.1996	
180.	Pflegeheim Waldstraße 2 03205 Calau	AWO Regionalverband Brandenburg Süd e.V. Straße der Jugend 15 03046 Cottbus	17.12.2002	20.09.1994	21.05.1996	

### Investitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG für Mecklenburg-Vorpommern

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
1	Pflegeheim Ringstraße 8 18546 Saßnitz	AWO Stadtverband Saßnitz e.V. Mukraner Straße 3 18546 Saßnitz	BB: 21.03.1996 ÄB: 09.12.1999	25.11.1994	23.04.1996	
2.	Pflegeheim Walksmühler Weg 17335 Strasburg	Diakonisches Werk in der Pomm. Ev. Kirche e.V. Fleischerstraße 1 17489 Greifswald	BB: 06.10.1994 u.a.	18.10.1994	31.05.1997	
3.	Pflegeheim Schnoienstraße 18273 Güstrow	Diakonieverein Güstrow Pr.-Paar-Platz 8 18273 Güstrow	BB: 14.09.1994 u.a.	02.08.1994	15.10.1996	11.03.2003
4.	Pflegeheim Am Buchenweg 18292 Krakow	AWO KV Güstrow e.V. Magdalenenlusterweg 18273 Güstrow	BB: 07.07.1994 u.a.	08.05.1994	22.11.1996	18.03.2002
5.	Pflegeheim (2. Bauabschnitt) Dorfstraße 10a 17099 Lübbersdorf	DRK KV Neubrandenburg e.V. R.-Blum-Straße 32 17033 Neubrandenburg	BB: 28.07.1994 u.a.	15.06.1994	18.12.1995	15.03.1998
6.	Pflegeheim Rahmer Berg 19239 Hagenow	Diakonisches Werk Mecklenburg Körnerstraße 7 19055 Schwerin	BB: 07.07.1994 ÄB: 16.11.2001	01.06.1994	01.02.1996	
7	Pflegeheim Lobetal 6 19249 Lübtheen	Gemeinschaftsdiakonissen- Mutterhaus Lobetal e.V. 19249 Lübtheen	BB: 07.04.1994 u.a.	06.06.1994	01.08.1995	
8.	Pflegeheim „Am Wedenberg“ 18236 Kröpelin	AWO KV Bad Doberan e.V. Breitscheidstr. 14a 18225 Kühlungsborn	BB: 31.01.1994 u.a.	12.08.1994	15.09.1995	23.02.2000
9.	Pflegeheim Gützkower Landstraße 69 17489 Greifswald	J. Odebrechtstiftung Gützkower Landstraße 69 17489 Greifswald	BB: 20.09.1993 ÄB: 10.12.1999	08.06.1994	07.09.1996	
10.	Pflegeheim, III. BA August-Bebel-Allee 5 23990 Neukloster	Verein f. Blindenwohlfahrt August-Bebel-Allee 5 23990 Neukloster	BB: 07.07.1994 u.a.	02.09.1994	20.02.1996	16.02.2004
11.	Tagespflege Leetzen Lindenallee 2 19067 Leetzen	Johanniter Unfallhilfe e.V. Lindenallee 2 19067 Leetzen	BB: 12.12.1994 u.a.	09.06.1994	15.02.1996	26.02.2004
12.	Pflegeheim Platz der Einheit 2 -4 17129 Tutow	Diakonisches Werk in der Pomm. Ev. Kirche e.V. Fleischerstraße 1 17461 Greifswald	BB: 30.12.1994 ÄB: 16.11.1998	02.05.1996	06.03.1999	16.09.2004

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
13.	Tagespflege Rostock Helsinkier Str. 40 18107 Rostock	Diakonisches Werk Postfach 010 529 19005 Rostock	BB: 19.12.1994	01.09.1994	14.10.1996	11.11.2003
14.	Pflegeheim „Haus am Park“ Dorfstraße 28 a 19073 Strahlendorf	KURSANA Gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 05.11.1996 ÄB: 20.11.1998 ÄB: 07.12.2000	15.05.1997	28.08.1998	01.03.2004
15.	Kurzzeitpflege Schwerin Apothekerstr. 10 19055 Schwerin	VS KV Schwerin Münzstraße 6 19055 Schwerin	BB: 19.12.1995 ÄB: 16.12.1998	18.04.1996	07.05.1998	
16.	Pflegeheim Gerhard-Hauptmann-Str. 18586 Göhren	Diakonisches Werk in der Pomm. Ev. Kirche e.V. Fleischerstraße 1 17469 Greifswald	BB: 19.12.1994 ÄB: 26.07.1995 ÄB: 27.06.1997	17.07.1995	06.12.1997	18.07.2003
17.	Pflegeheim - Schwestern- heimathaus Gr. Parower Str. 42 18439 Stralsund	Schwesterheimathaus Stralsund Diakonische Einrichtung in der Pomm. Ev. Kirche e.V. Gr.-Parower-Str. 42 18439 Stralsund	BB: 23.03.1995 u.a.	21.12.1995	04.10.1997	
18.	Pflegeheim Weinbergstraße 50 19089 Crivitz	Christl. Altenheim „Elim“ e.V. Weinbergstraße 50 19089 Crivitz	BB: 15.11.1994 u.a.	10.04.1995	23.05.1997	12.10.2004
19.	Pflegeheim Parkstraße 19 17506 Gützkow	Pomm. Diakonieverein Züssow e.V. Gustav-Jahn-Str. 1 17495 Züssow	BB: 20.12.1994 u.a.	30.05.1995	04.12.1996 (A) 30.11.1997 (B)	19.09.2002
20.	Pflegeheim Pulverhoferstr. 1 19077 Uelitz	Kursana mbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 24.04.1996 VV: 01.10.1997	14.04.1996	20.12.1997	
21.	Psych. Pflegeheim Ravensteinstr. 83 17373 Ueckermünde	Christopherus-Krankenhaus GmbH Ravensteinstr. 83 17373 Ueckermünde	BB: 13.07.1995 VV: 01.04.1999	07.12.1996	01.12.1997	
22.	Pflegeheim „St. Spiritus“ Ueckerstraße 3 17398 Pasewalk	Geistliche Stiftung „St. Georg und. St. Spiritus“ Ueckerstraße 1 - 3 17309 Pasewalk	BB: 07.03.1996 ÄB: 29.07.1997	17.12.1996	15.09.2000	07.05.2003
23.	Pflegeheim Wall-Promenade 19243 Wittenburg	Caritas Mecklenburg e.V. Lübecker Straße 28 19053 Schwerin	BB: 28.08.1995 ÄB: 13.09.1995	15.09.1995	08.05.1997	19.10.2001
24.	Pflegeheim Rudolf-Breitscheid-Straße 19205 Gadebusch	VS Gadebusch Schulstraße 18 19205 Gadebusch	BB: 21.06.1995	22.05.1995	12.07.1996	
25.	Sozialstation Stavenhagen Bei der Kirche 2 17153 Stavenhagen	Ev.-Luth. Kirchengemeinde Bei der Kirche 2 17153 Stavenhagen	BB: 05.10.1995	09.04.1996	29.09.1996	21.03.2000
26.	Pflegeheim Woldegk/Burg Stargard Carl-Stolte-Straße 01 17904 Burg Stargard	Diakonieverein Stargard e.V. Töpferstraße 13 17235 Neustrelitz	BB: 28.08.1996 ÄB: 17.04.2000	12.12.1996	30.06.1998	16.10.2003
27.	Pflegeheim „Abendsonne“ Am Deputantenbruch 07 17328 Penkun	Amt Penkun Sandkuhlstraße 3 17328 Penkun	BB: 17.12.1996 ÄB: 28.07.1997	16.05.1998	16.04.1999	18.01.2005
28.	Pflegeheim Schellwerder Buchenweg 1 19055 Schwerin	AWO LV Mecklenburg-Vorpommern Joh.-R.-Becher Straße 20 19059 Schwerin	BB: 31.05.1999	13.06.1999	23.07.2001	
29.	Pflegeheim Röbel/Tramitz Seebadstraße 40 17207 Röbel	Diakonieverein des Kirchenkreises Malchin e.V. Teschower Chaussee 9 17166 Teterow	BB: 21.12.1995	01.08.1996	20.09.1997	28.06.2004



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
30.	Pflegeheim Am Tanger 17358 Torgelow	Kursana mbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 12.09.1997	15.11.1997	26.08.1999	
31.	Psych. Pflegeheim  Baggermeisterring 29 18109 Rostock	„Förderv. Gemeinde- psychiatrie“ e.V. Schiffbauerring 30 18109 Rostock	BB: 30.11.1995 ÄB: 29.05.1997 VV: 05.05.1997	01.02.1996	01.06.1997	
32.	Psych. Pflegeheim Straße des Friedens 8 - 8c 19294 Neu Kaliß	Kloster Dobbertin Am Kloster 19899 Dobbertin	BB: 04.08.1998 VV: 01.04.2003	07.09.1998	31.01.2003	
33.	Psych. Pflegeheim Dr. Gerhard Haus 18510 Groß Lehmlhagen	Pomm. Diakonieverein Züssow Gustav-Jahn-Str. 1 17495 Züssow	BB: 11.12.1995 VV: 01.07.1997	15.03.1996	28.05.1997	12.07.2004
34.	Tagespflege Schwerin Justus-v.-Liebig-Straße 29 19063 Schwerin	AWO KV Schwerin Justus-v.-Liebig-Straße 29 19063 Schwerin	BB: 19.12.1994	01.03.1997	11.09.1997	19.04.2004
35.	Pflegeheim Rühner Landweg 6 18246 Bützow	Linder u. Co. KG Rühner Landweg 37 18256 Bützow	BB: 15.08.1995 u.a.	04.10.1995	06.12.1996	
36.	Pflegeheim  Quetziner Str. 19395 Plau	Diakonieverein Kloster Dobbertin gGmbH Am Kloster 19399 Dobbertin	BB: 04.07.1995 ÄB: 04.12.2001	07.09.1995	19.10.1996	10.09.2003
37.	Pflegeheim Magdalenenlusterweg 18273 Güstrow	AWO KV Güstrow e.V. Magdalenenlusterweg 18273 Güstrow	BB: 21.12.1995 ÄB: 02.07.1996	01.10.1996	30.09.1998	31.03.2005
38.	Pflegeheim Groß Klein „Haus am Park“ Groß Kleiner Allee 4 18109 Rostock	Rostocker Heimstiftung  Paulstraße 12 18055 Rostock	BB: 01.06.1999	15.11.1999	11.01.2001	
39.	Psych. Pflegeheim Kloster 44 17213 Malchow	Landkreis Müritz Am Turmplatz 17192 Waren	BB: 06.12.1995 ÄB: 07.07.1997	01.07.1996	26.08.1998	
40.	Tagespflege/Sozialstation Jungfernstieg 2 19053 Schwerin	St.-Pauls-Gemeinde Am Packhof 8 19053 Schwerin	BB: 28.07.1995	11.12.1995	17.10.1996	
41.	Pflegeheim  Baustraße 17 17438 Wolgast	Diakonisches Werk in der Pomm. Ev. Kirche Rudolf-Petershagen-Allee 38 17489 Greifswald	BB: 21.12.1995	25.11.1996	13.05.1999	09.12.2002
42.	Pflegeheim  Möllnsche Straße 31 R 19246 Zarrentin	BGB-Gesellschaft Brandstädter und Kalitzki Krögerskoppel 16 23879 Mölln	BB: 25.10.1995	01.08.1995	04.06.1996	24.10.2001
43.	Pflegeheim  Kurstraße/Fritz-Reuter-Str. 18181 Graal-Müritz	ASB-Landesverband Meckl. e.V. Amtsstraße 6 18147 Rostock	BB: 17.12.1996	02.02.1996	13.12.1997	
44.	Pflegeheim  Riemannstraße 104 17098 Friedland	Seniorenwohnpark Friedland GmbH Riemannstraße 104 17098 Friedland	BB: 16.10.1998 ÄB: 24.08.2005 ÄB: 27.09.2005	04.09.1999	16.12.2002	
45.	Pflegeheim Schloßfreiheit 1 19306 Neustadt-Glewe	Avcadia Hotels GmbH & Co. KG Lindemannstraße 78 44137 Dortmund	BB: 16.04.1996 ÄB: 03.12.1997	06.01.1997	14.01.1998	
46.	Tagespflege Greifswald Arndtstraße 16 17489 Greifswald	Pomm. Diakoniever. Züssow Gustav-Jahn-Straße 1 17495 Züssow	BB: 06.10.1995	10.07.1995	29.05.1996	26.03.2001
47.	Tages- und Kurzzeitpflege August-Bebel-Allee 5 23990 Neukloster	Verein für Blindenwohlfahrt August-Bebel-Allee 5 23990 Neukloster	BB: 05.06.1997 ÄB: 04.06.1998 ÄB: 27.05.2005	01.12.1997	17.11.1998	10.03.2005

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
48.	Pflegeheim, II. Bauabschnitt Schnoienstraße 18273 Güstrow	Diakonieverein Güstrow e.V. Fr.-Parr-Platz 18273 Güstrow	BB: 18.04.1997	18.02.1997	31.07.1998	11.03.2003
49.	Pflegeheim „Hufeland“ Talliner Straße 1 17493 Greifswald	Kursana mbH Maurerstraße 85 10117 Berlin	BB: 10.03.1998 ÄB: 04.05.1998 ÄB: 19.12.2000	15.05.1998	16.02.2001	
50.	Pflegeheim Stadtweide Am Richtfunkturn 18059 Rostock	AWO KV Rostock e.V. Albrecht-Tischbein-Str. 48 18109 Rostock	BB: 18.06.1998 ÄB: 15.12.2000	01.03.1999	05.10.2000	
51.	Pflegeabteilung am Klinikum Südstadt Südring 81 18059 Rostock	Klinikum Südstadt Südring 81 18059 Rostock	BB: 11.06.1997 ÄB: 14.11.1997 ÄB: 20.09.2004	10.01.1998 15.09.2004	09.10.1998 01.02.2005	15.02.2001
52.	Pflegeheim Schwerin I. Lankow Rahlstedter Straße 19057 Schwerin	Schweriner Alten- und Pflegeheime Perleberger Straße 20 19063 Schwerin	BB: 08.12.1997	05.05.1998	09.11.1999	
53.	Pflegeheim Dorfstraße 72 17348 Mildnitz	Landkreis Mecklenburg-Strelitz Woldegker Chaussee 35 17235 Neustrelitz	BB: 10.04.1997	04.08.1997	09.10.1998	18.07.2003
54.	Pflegeheim Godower Weg 2 - 6 17192 Waren	AWO KV Müritz e.V. R.-Wossidlow-Straße 5 b 17192 Waren	BB: 02.04.1998 ÄB: 25.02.1999 ÄB: 14.07.2000	26.04.1999	26.03.2001	
55.	Pflegeheim „Henriettenhof“ Pestalozzistraße 20 17309 Pasewalk	RW Immobilienverwaltungs- gesellschaft mbH & Co. Am Schwarzen Berg 2 24619 Bornhöved	BB: 26.03.1998 ÄB: 20.04.1998	09.02.1998	26.08.1999	
56.	Pflegeheim Am Berge 1a 19406 Sternberg	DRK KV Parchim Pestalozziweg 19 19370 Parchim	BB: 17.12.1997 ÄB: 11.12.1998 ÄB: 19.04.2005	01.04.1998	07.12.1998	06.03.2005
57.	Pflegeheim Gingst/Kapelle 18569 Gingst	DRK KV Rügen e.V. Raddasstraße 18 18528 Bergen	BB: 30.03.1998	06.10.1998	20.01.2000	06.01.2005
58.	Pflegeheim Dorfstraße 53 17153 Ivenack	VAUMI e.V. Dorfstraße 39 17153 Ivenack	BB: 28.05.1997 ÄB: 06.04.2005	10.11.1997	30.04.1999	14.03.2005
59.	Pflegeheim „Brunnenaue“ Knieperdamm 18435 Stralsund	Wohlfahrtseinrichtungen der Hansestadt Stralsund GmbH Kedingshäger Straße 94 18435 Stralsund	BB: 23.02.1998	15.08.1998	15.10.1999	
60.	Pflegeheim „St. Elisabeth“ Käferweg 1 23966 Wismar	Malteser Werke e.V. Kalker Hauptstr. 22-24 51103 Köln	BB: 19.12.1997	17.05.1999	16.11.2000	
61.	Tagespflege/Sozialstation Wismar Quartier 60 Schwarzes Kloster 23970 Wismar	Diakonisches Werk e.V. Postfach 1 05 29 19009 Schwerin	BB: 31.07.1997	03.07.1998	01.12.2000	
62.	Tagespflege Thünenstraße 25 18209 Bad Doberan	Johannes Seniorendienste e.V. Koblenzer Straße 85 53177 Bonn	BB: 18.02.1998	09.02.1998	01.09.1998	13.05.2005
63.	Pflegeheim Ahornweg 5 17159 Dargun	AWO KV Demmin e.V. Str. am Wasserturm 29a 17153 Stavenhagen	BB: 23.07.1997	25.11.1997	11.01.1999	23.06.2004
64.	Pflegeheim/ Sozialstation 18299 Laage	DRK KV Güstrow e.V. Hagemeisterstr. 5 18273 Güstrow	BB: 28.04.1998	08.06.1998	18.12.2000	
65.	Pflegeheim Goethestraße 9 19300 Grabow	SBB Geschäftsstelle Ludwigslust Bahnhofstraße 6 19288 Ludwigslust	BB: 05.12.1997	12.01.1998	24.04.1999	24.02.2004

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
66.	Pflegeheim - Schwesternheimathaus II Bauabschnitt Große Parower Straße 42 18435 Stralsund	Stiftung Stralsunder Schwesternheimathaus  Große Parower Straße 42 18435 Stralsund	BB: 14.05.1997	21.12.1995	04.10.1997	
67.	Pflegeheim E.-Thälmann-Straße 39 18469 Velgast	DRK KV Nordvorpommern Korkwitzer Weg 43 18311 Ribnitz-Damgarten	BB: 22.08.1997	29.09.1997	01.10.1998	12.12.2002
68.	Pflegeheim  Am Tannenber 27 23936 Grevesmühlen	Diakoniewerk Mecklenburg gGmbH Am Wasserturm 4 23936 Grevesmühlen	BB: 10.11.1997	16.12.1997	21.06.1999	
69.	Pflegeheim „Waldsiedlung“ 6 17358 Torgelow	KURSANA GmbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 20.06.1997	05.10.1997	20.12.2000	
70.	Wohnheim f. Schwerstbeh. Schweriner Str. 34 19230 Hagenow	Lebenshilfswerk Hagenow Dr.-Raber-Str. 1 19230 Hagenow	BB: 09.12.1998 ÄB: 11.08.2005	09.06.1999	01.06.2000	04.07.2005
71.	Pflegeheim Klinik Stralsund Postfach 23 41 18410 Stralsund	Klinik der Hansestadt Stralsund Postfach 23 41 18410 Stralsund	BB: 09.12.1998	21.12.1998	29.09.2000	27.09.2002
72.	Pflegeheim Rostock Michaelshof Karstenhaus Fährstraße 25 18147 Rostock	Michaelshof Rostock EV. Pflege- und Fördereinrichtung Fährstraße 25 18147 Rostock	BB: 24.02.1999 ÄB: 04.05.2005	30.07.1999	21.09.2000	28.10.2003
73.	Pflegeheim  Schillerstraße 11 18119 Rostock	Volksolidarität K V Rostock e.V. E.-Andre-Straße 53a 18069 Rostock	BB: 17.04.2000 ÄB: 21.06.2000	23.06.2000	01.06.2001	28.10.2003
74.	Pflegeheim  Vidiner-Str. 19063 Schwerin	Sozius - Pflege- und Betreuungsdienste Perleberger Straße 20 19063 Schwerin	BB: 15.12.1998 ÄB: 19.09.2000	01.06.2000	15.09.2001	
75.	Pflegeheim Hohenlanke  Hohenlanke 3 17235 Neustrelitz	AWO KV Mecklenburg-Strelitz e.V. Useriner Straße 3 17235 Neustrelitz	BB: 07.10.2002	19.12.2002	14.10.2004	
76.	Schwerstpflegeheim für Behinderte  Stadt Goldberg	Diakoniewerk Kloster Dobbertin gGmbH Am Kloster 19399 Dobbertin	BB: 12.10.2001	11.03.2002	10.10.2003	
77.	Pflegeheim „Am Stadtpark“  Clara-Zettkin-Straße 1 17252 Mirow	Mirower Gesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH Plaggenweg 2 49134 Wallenhorst	BB: 19.07.2000 ÄB: 21.09.2000 ÄB: 17.09.2001	05.03.2001	13.12.2002	
78.	Pflegeheim Wismar Friedenshof Strörtebeckerstraße 2 23966 Wismar	Hansestadt Wismar  Am Markt 23966 Wismar	BB: 16.12.1998	05.02.2001	20.09.2002	
79.	Pflegeheim Wendorf 23966 Wismar	Hansestadt Wismar Am Markt 23966 Wismar	BB: 16.12.1998	26.04.1999	15.12.2000	
80.	Pflegeheim Bülower Straße 7 17424 Heringdorf	Caritas Altenhilfe GmbH Tübinger Straße 5 10715 Berlin	BB: 21.05.1999	08.08.1999	13.11.2000	
81.	Pflegeheim Rostock Evershagen I. BA Alexis-Kivi-Straße 1 18106 Rostock	DRK KV Rostock e.V.  Patriotischer Weg 92 a 18057 Rostock	BB: 06.08.2001 ÄB: 24.03.2005 ÄB: 14.04.2005	01.07.2001	21.10.2003	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
82.	Pflegeheim Roggenfelder Straße 36 19303 Dömitz	DRK Soziale Betreuungsgesellschaft mbH Bahnhofstraße 6 19288 Ludwigslust	BB: 07.12.1999	02.03.2000	10.04.2001	
83.	Pflegeheim Lindenstraße 12 18233 Neubuckow	Diakoniewerk nördliches Mecklenburg gGmbH Am Wasserturm 4 23936 Grevesmühlen	BB: 22.02.1999	07.02.2000	1. BA 16.12.2000 2. BA 31.12.2002 3. BA 28.03.2003	
84.	Pflegeheim „Uns Hüsing“ Bahnhofstraße 18507 Grimmen	Kursana mbH Mäuserstraße 85 10117 Berlin	BB: 09.12.1999	16.11.2000	15.07.2002	
85.	Pflegeheim Am Klosterberg 17087 Altentreptow	Diakonisches Werk in der Pomm. EV. Kirche e.V. Fleischerstr. 1 17489 Greifswald	BB: 11.12.1998	26.05.2000	12.04.2002	
86.	Pflegeheim Südstadt Rostock Semmelweisstr. 1 18055 Rostock	DRK KV Rostock-Stadt e.V. Patriotischer Weg 92a 18057 Rostock	BB: 15.10.1998	16.12.1998	01.04.2000	
87.	Pflegeheim Groß-Klein Groß-Klein-Allee 4 18109 Rostock	Rostocker Heimstiftung Paulstraße 12 18055 Rostock	BB: 02.12.1998	07.01.1999	31.03.1999	11.03.2002
88.	Pflegeheim Alt Schwerin Lindenallee 10 17214 Schwerin	Landkreis Müritz Postfach 11 45 17181 Waren	BB: 15.07.1999	vorzeitiger Baubeginn 19.04.1999	13.01.2001	
89.	Pflegeheim Störtebecker Straße 30 18528 Bergen	DRK KV Rügen e.V. Raddasstraße 18 18528 Bergen	BB: 25.05.1999 ÄB: 05.08.2005	30.05.2000	01.09.2001	27.07.2005
90.	Pflegeheim Achterfeld 19077 Rastow	Kursana mbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 09.12.2002	15.09.2003	15.09.2004	
91.	Pflegeheim Ravensteinstraße 83 17373 Ueckermünde	Christophorus-Krankenhaus Ravensteinstraße 83 17373 Ueckermünde	BB: 29.01.1999 ÄB: 08.04.2005	14.01.2000	01.05.2001	17.12.2004
92.	Pflegeheim „To Hus“ Brahestraße Rostock (Südstadt)	Iris Tschischke Am Güterbahnhof 1 18055 Rostock	BB: 18.12.2000	01.04.2001	28.02.2002	
93.	Pflegeheim Straße Am Wasserturm 5 17153 Stavenhagen	Kursana GmbH Friedrichstraße 90 10117 Berlin	BB: 17.04.2000 ÄB: 15.05.2000 ÄB: 16.08.2000	11.01.2001	08/2002	
94.	Pflegeheim Toitenwinkel I M.-Niemöller-Straße 49 18147 Rostock	Rostocker Heimstiftung Paulstraße 12 18055 Rostock	BB: 13.12.2000	01.02.2001	12.03.2002	
95.	Pflegeheim Kietzstraße 17192 Waren (Müritz)	DRK Kreisverband Müritz e.V. Pestalozzistraße 23 a 17192 Waren (Müritz)	BB: 13.12.2001	12.04.2002	05.12.2003	
96.	Pflegeheim „Maria Marta“ Alter Markt 18 18147 Rostock	Diakonisches Werk Körnerstraße 7 19055 Schwerin	BB: 08.06.1999	30.09.1999	31.07.2001	
97.	Pflegeheim „St. Franziskus“ Häktweg 7 18055 Rostock	Caritas Mecklenburg e.V. Mecklenburger Straße 38 19053 Schwerin	BB: 07.12.2001	24.04.2002	04.10.2003	
98.	Pflegeheim Rostock Evershagen II. BA Alexis-Kivi-Straße 1 18106 Rostock	DRK KV Rostock e.V. Patriotischer Weg 92 a 18057 Rostock	BB: 09.12.2002 ÄB: 24.10.2003 ÄB: 14.04.2005	16.04.2004	01.04.2005	
99.	Pflegeheim Reutershagen Erich-Mühsam-Straße 18069 Rostock-Reutershagen	Rostocker Heimstiftung Paulstraße 12 18055 Rostock	BB: 12.12.2001 ÄB: 17.07.2002 ÄB: 14.07.2004	20.06.2002	06.11.2003	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschied vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
100.	Pflegeheim „Am Stadtwald“ Grünhofer Bogen 1 18435 Stralsund	Wohlfahrtseinrichtung der Hansestadt Stralsund Gmb Keningshägr Straße 94 18435 Stralsund	BB: 27.09.2000 ÄB: 26.06.2001	27.04.2001	03.06.2002	
101.	Pflegeheim Peenetal Am Kälberteich 2 17121 Loitz	Janzen & Ellwitz GmbH Am Kälberteich 2 17121 Loitz	BB: 08.09.1999 ÄB: 18.08.2000	30.09.1999	01.12.2000	
102.	Pflegeheim „Siechenhaus“ Am Katersteig 2a (II. BA) 23966 Wismar	Diakonisches Werk e.V. Körnerstraße 7 19055 Schwerin	BB: 07.11.2000 ÄB: 02.08.2002	03.07.2001	31.01.2003	
103.	Pflegeheim W.-Fründt-Straße 28 19300 Prüslich	VS KV Ludwigslust e.V. Am alten Forsthof 8 19288 Ludwigslust	BB: 07.12.2000	13.06.2001	01.06.2002	
104.	Pflegeheim Klosterstraße 20 17348 Woldegk	Diakonieverein Stargard e.V. Töpferstraße 13 17235 Neustrelitz	BB: 05.06.1997 ÄB: 30.10.2000 ÄB: 23.03.2005	24.11.1997	31.07.1999	30.03.2004
105.	Tagespflege „Am Papanberg“ 17192 Waren	AWO K.V. Müritz e.V. R.-Wossidlow-Straße 5b 17192 Waren	BB: 24.06.1997	24.09.1997	07.01.1998	25.11.1999
106.	Tagespflege Glambecker Str. 38 17235 Neustrelitz	VS KV Neustrelitz e.V. Glambecker Straße 38 17235 Neustrelitz	BB: 16.10.1998 ÄB: 10.11.1999	14.01.1999	20.10.1999	
107.	Pflegeheim Lindenstr. 7 19288 Neu Krenzlin	Amt Ludwigslust - Land für die Gemeinde Krenzlin Wöbbelinger Straße 5 19288 Ludwigslust	BB: 08.11.1999	25.02.2000	01.09.2001	
108.	Pflegeheim Lobetal Haus 6/7 19249 Lübtheen	Gemeinschaftsdiakonissen - Mutterhaus Lobetal e.V. Lobetal 6 19249 Lübtheen	BB: 22.07.1999 ÄB: 11.11.2002	22.09.1999	16.06.2000	
109.	Pflegeheim Lindenstraße 13 17509 Lubmin	Pommersche Diakonie Züssow Gustav-Jahn-Str. 1 17509 Züssow	BB: 30.03.1998 ÄB: 17.07.1998	11.05.1998	30.06.1999	03.12.2002
110.	Tagespflege Karower Chaussee 4 17213 Malchow	DRK KV Müritz e.V. Einsteinststraße 10 17192 Waren (Müritz)	BB: 21.09.2000	15.01.2000	10.12.2001	
111.	Tagespflege Magdalenenluster Weg 6 18273 Güstrow	AWO KV Güstrow e.V. Magdalenenluster Weg 7 18273 Güstrow	BB: 13.08.1999	16.11.1999	26.05.2000	
112.	Pflegeheim Freudenberg	Boddenkliniken GmbH Querstraße 18311 Ribnitz-Damgarten	BB: 17.07.2002	24.03.2003	22.07.2005	
113.	Pflegeheim Boddenstraße 18311 Ribnitz-Damgarten	Boddenkliniken GmbH Querstraße 18311 Ribnitz-Damgarten	BB: 04.09.2000 ÄB: 21.11.2001	09.07.2001	28.11.2002	
114.	Pflegeheim Baustraße 5 - 13 18356 Barth	Curanum Kleeblatt GmbH & Co. KG Memeler Straße 30 42781 Haan	BB: 09.11.2000 ÄB: 30.07.2002	01.02.2002	01.05.2003	
115.	Tagespflege Damgartener Chaussee 45 18311 Ribnitz-Damgarten	AKUT Amb. Krankenpflege u. Therapie Steinstraße 13 18311 Ribnitz-Damgarten	BB: 23.05.2000	12.10.2000	08.06.2001	16.12.2002
116.	Tagespflege Karl-Liebknecht-Straße 27 19370 Parchim	DRK KV Parchim e.V. Pestalozzizweg 19 19370 Parchim	BB: 12.10.2000	01.11.2000	01.06.2001	
117.	Tagespflege Dorfstraße 110 17375 Leopoldshagen	AWO KV Uecker-Randow e.V. Am Bahnhof 2 17358 Torgelow	BB: 10.10.2001	29.10.2001	18.10.2002	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschcheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
118.	Pflegeheim Lindenstraße 12 17033 Neubrandenburg	Dreikönigsverein Neubrand e.V. Schwedenstraße 11 17033 Neubrandenburg	BB: 26.11.2001 ÄB: 10.10.2002	08.04.2002	20.12.2002	
119.	Pflegeheim für Menschen mit Behinderungen im Landkreis Rügen/Glowe	DRK Kreisverband Rügen e.V. Raddastraße 18 18528 Bergen	BB: 11.12.2002	21.06.2004	04.04.2005	
120.	Pflegeheim Mooster Straße 19376 Marnitz	Seniorenpflegeheim Lindner GmbH & Co. KG Juri-Gagarin-Straße 5 19370 Parchim	BB: 15.06.2001 ÄB: 04.12.2001	14.08.2001	17.10.2002	
121.	Tagespflege Gothunskamp 17207 Röbel	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Müritz e.V. R.-Wossidlow-Straße 5b 17192 Waren	BB: 16.11.2001	29.04.2002	01.12.2003	
122.	Pflegeheim für Pflege- bedürftige im Wachkoma Penzliner Straße 17235 Neustrelitz	DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Wismarsche Straße 298 19055 Schwerin	BB: 04.07.2001 ÄB: 11.12.2001 ÄB: 06.12.2002	02.01.2002	20.10.2003	
123.	Schwerstpflegeheim für Behinderte 18507 Grimmen	Pommerscher Diakonieverein Züssow e.V. Gustav-Jahn-Straße 1 17495 Züssow	BB: 13.10.2000 ÄB: 04.05.2005	16.11.2000	01.03.2002	19.03.2004
124.	Schwerstpflegeheim für Behinderte Michaelshof Haus 1 - Kuessnerhaus 18147 Rostock	Ev. Pflege- und Fördereinrichtung Michaelshof Fährstraße 25 18147 Rostock	BB: 12.12.2002 ÄB: 09.08.2005 VV: 01.07.1996	15.02.2004	03.06.2005	
125.	Schwerstpflegeheim für Behinderte Michaelshof Haus 2 - Bodelschwinghaus 18147 Rostock	Ev. Pflege- und Fördereinrichtung Michaelshof Fährstraße 25 18147 Rostock	BB: 25.06.2001	01.07.2001	01.02.2003	
126.	Tagespflege Bremerstraße 11 17389 Anklam	Johanniter Unfallhilfe Regionalverband Mecklenburg- Vorpommern Südost Prenzlauer Chaussee 13 17348 Woldegk	BB: 15.11.2001	25.06.2001	10.06.2002	
127.	Pflegeheim J.-Brahm-Straße 2 19055 Schwerin	Sozius - Pflege- u. Betriebsdienste Perleberger Straße 20 19063 Schwerin	BB: 06.12.2001	06.05.2002	01.09.2003	

### Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflege-VG für Sachsen

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschcheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
1.	Pflegeheim Roßwein Hermannstraße 37 04737 Roßwein	Diakonisches Werk Leisnig Kleine Kirchgasse 20 04720 Döbeln	BB: 20.02.1995 ÄB: 24.11.1997	01.08.1994	31.10.1996	
2.	Pflegeheim „St. Georg“ Bernhardweg 2 01917 Kamenz	Kath. Pfarramt Talstraße 14 01917 Kamenz	BB: 24.10.1994	03.06.1994	Notсанierung 1994	01.02.2000
3.	Pflegeheim „Friedenshöhe“ Hospitalstraße 16 01471 Radeburg	Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 24 01099 Dresden	BB: 17.11.1994 ÄB: 10.04.1995 ÄB: 31.05.1995 ÄB: 21.03.1996 ÄB: 17.12.1998	19.07.1994	12.04.1996	17.05.2002
4.	Pflegeheim „Am Waldeck“ Sorgaer Straße 46 08626 Adorf	Landratsamt Oelsnitz/Vogtl. Stephanstraße 9 08606 Oelsnitz/V.	BB: 06.10.1994	Nov. 1994	1995 Notсанierung 01.05.2002	29.08.2001



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
5.	Tagespflegeeinrichtung Geyer Ehrenfriedersdorfer Straße 25a 09468 Geyer	Ev.-Luth. Kirchengemeinde Geyer Am Lotterhof 12 09468 Geyer	BB: 19.09.1994 ÄB: 28.06.2001	13.07.1994	Notsanierung 03.11.1994	
6.	Pflegeheim Am Taurastein Mittweidaer Straße 29 09249 Taura	DRK Kreisverband Chemnitz-Land Chemnitz-Land Lohstraße 9 09111 Chemnitz	BB: 13.09.1994	06.07.1994	09.12.1995	28.05.1998
7.	Pflegeheim „Louise Otto Peters“ 09458 Frohnau	Stadtverwaltung Annaberg-Buchholz Markt 1 09456 Annaberg-B.	BB: 30.08.1994 ÄB: 10.04.1997	04.09.1994	26.03.1997	05.03.2004
8.	Pflegeheim Glösa Lichtenauer Weg 1 09114 Chemnitz	Heim gemeinnützige GmbH Schlossstraße 20 09111 Chemnitz	BB: 06.10.1994 ÄB: 15.05.1997 ÄB: 11.09.2001	20.06.1994	27.09.1996	19.08.2003
9.	Pflegeheim „Elsa Fenske“ Alfred-Althus-Straße 9 01067 Dresden	Landeshauptstadt Dresden Postfach 12 00 20 01001 Dresden	BB: 10.04.1995 ÄB: 18.03.1996 ÄB: 13.02.1997 ÄB: 05.05.1997	15.08.1994	28.09.1996	02.03.2004
10.	Pflegeheim Strehla Reinhold-Kirsten-Straße 9 01616 Strehla	Stadtverwaltung Strehla Markt 1 01616 Strehla	BB: 20.04.1995 ÄB: 13.03.1996 ÄB: 03.06.1997 BB: 19.01.1999	02.06.1994	Neubau 01.03.1996 Altbau 26.02.1997	05.12.2003
11.	Pflegeheim Am Stadtwall 1 02625 Bautzen	Malteser-Betriebsträger-gesellschaft Sachsen gGmbH Am Stadtwall 1 02656 Bautzen	BB: 11.04.1995 ÄB: 11.08.1997	08.06.1994	21.06.1996	
12.	Pflegeheim „Haus Salem“ Schlaurother Straße 12 - 14 02827 Görlitz	Diakonisches Werk Görlitz e.V. Bautzner Straße 38 02826 Görlitz	BB: 24.10.1994 ÄB: 03.11.1997	11/1994 12/1997	22.11.1999	
13.	Pflegeheim Gustav-Adolf-Straße 36 04849 Bad Dübén	Stadtverwaltung Bad Dübén Markt 11 04849 Bad Dübén	BB: 20.02.1995	01.10.1994	15.03.1996	
14.	Pflegeheim „Hugo Franz“ Blumenauer Straße 95 09526 Olbernhau	Sozialbetriebe der Mittleren Erzgebirgskreise Blumenauer Straße 95 09526 Olbernhau	BB: 09.11.1994 ÄB: 25.11.1996 ÄB: 02.04.1997 ÄB: 11.09.2001	29.06.1994	09.08.1996	
15.	Pflegeheim Dorfstr. 39 04509 Beerendorf	AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Raschwitz-Straße 1-13 04416 Markkleeberg	BB: 20.02.1995 ÄB: 26.09.1995 ÄB: 20.11.1995 ÄB: 09.02.1996	20.09.1994	31.05.1996	
16.	Pflegeheim Bergstraße 6/7 08237 Wernesgrün	ASB OV Auerbach e.V. Goethestraße 3 08209 Auerbach	BB: 18.05.1995 ÄB: 26.01.1996 ÄB: 22.01.1997	12.10.1995	21.11.1997	
17.	Pflegeheim Bethlehemstift Hüttengrund 49 09337 Hohenstein-Ernstthal	Diakonisches Werk Westsachsen GmbH Heinrichshof 4 08371 Glauchau	BB: 18.05.1995 ÄB: 30.06.1995 ÄB: 24.01.1997	24.07.1995	05.07.1997	
18.	Pflegeheim „Marie Jucharz“ Max-Saupe-Straße 43 09131 Chemnitz	AWO KV Chemnitz e.V. Clara-Zetkin-Straße 1 09111 Chemnitz	BB: 06.04.1995 ÄB: 30.06.1995 ÄB: 05.03.1997	16.01.1995	03.07.1996	24.07.2002
19.	Pflegeheim „St. Antonius“ Winterbergstraße 2 02681 Schirgiswalde	Caritasverband Bistum Dresden-Meißen e.V. Magdeburger Str. 33 01067 Dresden	BB: 10.05.1995 ÄB: 14.03.1996 ÄB: 10.02.1999	Neubau 26.01.1995 Altbau 04/1999	1. BA: 10.12.1997 2. BA: 01.11.2000	
20.	Pflegeheim „Albert-Schweitzer“ Dr.-S.-Allende-Straße 1 01465 Langebrück	DRK Kreisverband Dresden-Land e.V. Löbtauer Straße 17 01067 Dresden	BB: 20.04.1995 ÄB: 13.03.1996 ÄB: 15.05.1997	25.04.1995	Neubau 25.02.1997 Altbau 25.11.1998	
21.	Pflegeheim Maxstraße 19 01659 Weinböhla	Diakonisches Werk Meißen e.V. Johannesstraße 9 01662 Meißen	BB: 06.04.1995 ÄB: 14.03.1996 ÄB: 12.05.1997 ÄB: 30.08.2002	01.03.1995	Neubau 08.01.1996 Altbau 10.10.1996	26.08.2003

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
22.	Pflegeheim Coschützer Straße 58 01187 Dresden	Diakonisches Werk Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 12.04.1995 ÄB: 26.05.1995 ÄB: 13.03.1996 ÄB: 11.08.1997 ÄB: 11.03.2002	17.02.1995	07.06.1996	22.09.2003
23.	Pflegeheim „St. Adalbert-Stift“ Kamenzer Straße 32 02997 Wittichenau	Kongregation der barmherz. Schwestern v. hl. K. Borromäus 57392 Schmalleberg	BB: 15.05.1995 ÄB: 14.03.1996 ÄB: 07.05.1997 ÄB: 24.08.1998	01.09.1995	1. BA 01.06.1997 2. BA 22.12.1999	
24.	Pflegeheim Bergblick A.-Förster-Straße 1 02708 Löbau	ASB Ortsverband Löbau e.V. Güterstraße 14 02708 Löbau	BB: 21.06.1995 ÄB: 14.03.1996 ÄB: 14.07.1997	07/1996	01.07.1998	
25.	Pflegeheim Schulstraße 15 04442 Zwenkau	DRK, KV Leipzig-Land e.V. Mainzer Straße 7 04109 Leipzig	BB: 20.04.1995 BB: 20.01.1997	07.04.1995	14.11.1996	21.01.2002
26.	Pflegeheim „St. Gertrud“ Althener Straße 16 04439 Engelsdorf	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 10.12.1997	30.01.1996	11.04.1997	
27.	Pflegeheim „Haus am Stadtpark“ Am Mühltor 6a 04880 Dommitzsch	ASB Torgau Platz der Freundschaft 6 04860 Torgau	BB: 20.10.1995 ÄB: 26.02.1997	03.07.1996	30.01.1998	
28.	Pflegeheim 02736 Oppach	Diakoniewerk Oberlausitz e.V. Am Sportplatz 6 02747 Großenhensdorf	BB: 15.05.1995	26.11.1995	06.06.1997	
29.	Pflegeheim Bahnhofstraße 01609 Gröditz	ASB Altenheim-Betriebs- gesellschaft gGmbH Arndtstraße 9 01587 Riesa	BB: 19.06.1995 ÄB: 26.05.1997 ÄB: 04.03.1998	15.01.1996	28.08.1998	
30.	Pflegeheim „Katharina v. Bora-Haus“ F.-J.-Curie-Straße 3 04539 Groitzsch	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Borna Am Gericht 04552 Borna	BB: 10.12.1997	01.08.1995	30.11.1996	
31.	Pflegeheim Netzschkau Parkstraße 08491 Netzschkau	Diakonieverein Reichenbach und Umgebung e.V. Fr.-Engels-Platz 8 08468 Reichenbach	BB: 12.07.1995 ÄB: 26.01.1996 ÄB: 22.01.1997	29.05.1995	26.01.1997	
32.	Pflegeheim Am Bürgerpark 1 08371 Glauchau	Städt. Altenheim gGmbH Glauchau Am Bürgerpark 1 08371 Glauchau	BB: 24.04.1995 ÄB: 20.01.1996 ÄB: 20.01.1997 ÄB 05.05.1998	01.07.1995	1. BA 21.06.1997 2. BA 10.02.1998	
33.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ Täubchenweg 14 04317 Leipzig	Innere Mission Leipzig Georg-Schwarz-Str. 116 04179 Leipzig	BB: 26.08.1996 ÄB: 26.08.1997 ÄB: 10.03.1999	23.01.1998	07.12.1999	
34.	Pflegeheim „Marienheim“ Chopinstraße 14 04103 Leipzig	Innere Mission Leipzig Georg-Schwarz-Str. 116 04179 Leipzig	BB: 26.07.1995 ÄB: 09.02.1996 ÄB: 25.11.1996	01.09.1995	30.06.1997	
35.	Pflegeheim „Abendfrieden“ Schneeberger Straße 98 08280 Aue	Sächsisches Gemeinschafts- diakonissenhaus „Zion“ e.V. Schneeberger Straße 98 08280 Aue	BB: 27.06.1997	19.03.1997	1. BA 01.05.1998 2. BA 01.05.1999	
36.	Pflegeheim Dresdner Straße 2 01827 Graupa	Diakonisches Werk Pirna Rosa-Luxemburg-Straße 29 01796 Pirna	BB: 29.05.1995 ÄB: 13.02.1997	15.04.1996	05.09.1997	05.03.2004
37.	Tagespflege Hauptstraße 27 09618 Brand-Erbisdorf	DRK-KV Freiberg Leipziger Straße 4 09599 Freiberg	BB: 07.08.1995	15.09.1995	26.04.1996	15.10.2001
38.	Pflegeheim „Clara Zetkin“ Brambacher Straße 89 04207 Leipzig	AWO Raschwitzer Straße. 11-13 04416 Markkleeberg	BB: 26.03.1999	02.08.1998	18.12.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
39.	Pflegeheim Chemnitzer Straße 09217 Burgstädt	ASB Herder Straße 6 09120 Chemnitz	BB: 21.06.1995 ÄB: 20.01.1997	28.10.1995	16.05.1998	
40.	Pflegeheim Rasmussenstraße 8 09405 Zschopau	Landratsamt Mittlerer Erzgebirgskreis Postfach 11 09491 Marienberg	BB: 25.09.1995 ÄB: 25.11.1996 ÄB: 10.04.1997	03/1996	Altbau: 27.08.1998 Neubau: 19.01.1998	
41.	Pflegeheim der Johanniter Fr.-Engels-Straße 15 01809 Heidenau	Johanniter-Seniorenheim Heidenau GmbH Fr.-Engels-Straße 15 01809 Heidenau	BB: 01.08.1995 ÄB: 13.03.1996 ÄB: 13.02.1997 ÄB: 03.12.1998	04.06.1996	22.12.1997	
42.	Pflegeheim „Hartenstein“ Stiftstraße 11 08118 Hartenstein	PHK mbH u. Co. KG Hartenstein Scheringer Straße 3 08065 Zwickau	BB: 13.03.1996 ÄB: 15.01.1997 ÄB: 27.08.1998	29.05.1996	01.12.1997	
43.	Pflegeheim „Haus Lauckner“ Freiberger Str. 09496 Marienberg	B. und W. Kempf Dörfelstraße 24 09496 Marienberg	BB: 14.08.1995 ÄB: 03.02.1997	07.07.1995	04.09.1996	12.10.2001
44.	Pflegeheim Carl-Menzel-Straße 22 01623 Lommatzsch	Bauherrengem. Leopold/ Mülder GbR Feldtmannstraße 32 13088 Berlin	BB: 19.09.1995 ÄB: 12.05.1997	16.11.1995	25.02.1997	07.06.2002
45.	Pflegeheim Zum Liebberg 8 08115 Schönfels	I. und L. Landgraf J.-Gagarin-Straße 153 08144 Stenn	BB: 07.08.1995 ÄB: 03.02.1997	25.08.1995	06.09.1996	12.10.2001
46.	Pflegeheim Bahnhofstraße 01833 Stolpen	VS Kreisverband Sächs. Schweiz e.V. M.-Gorki-Straße 27 01796 Pirna	BB: 17.12.1998	01.12.1998	06.04.2000	
47.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerst- behinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Schulstraße 09306 Königsfeld	Diakonisches Werk Geithainer Straße 28 09306 Rochlitz	BB: 23.04.1996 ÄB: 01.11.1996 VV: 01.02.1998	23.08.1996	06.06.1997	
48.	Pflegeheim Paul-Scharf-Straße 78 07952 Pausa	Freie Wohlfahrtspflege Arbeitsgemeinschaft Pflegeheim Pausa Martinsberg e.V. und Diakonisches Werk Plauen 95119 Naila	BB: 25.06.1996	23.11.1996	03.10.1998	
49.	Pflegeheim Ernst-Schneller-Straße 19 08132 Mülsen St. Jacob	Stadtmission Zwickau Robert-Müller-Straße 41/43 08056 Zwickau	BB: 01.07.1996	26.11.1996	11.09.1998	
50.	Pflegeheim August-Bebel-Weg 09514 Lengefeld	Arbeiterwohlfahrt BV Chemnitz e.V. Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 20.06.1997	04.11.1997	19.07.1999	
51.	Pflegeheim Lothar-Streit-Str. 22 08056 Zwickau	Stadtmission Zwickau Robert-Müller-Straße 41/43 08056 Zwickau	BB: 02.07.1996	01.07.1996	31.10.1997	
52.	Vollst. Pflegeeinrich- tung für Schwerstbehinderte Vodelstraße 1 08309 Eibenstock	Diakonisches Werk Aue-Schwarzenberg e.V. Erlaer Straße 15 08340 Schwarzenberg	BB: 23.04.1996 ÄB: 09.10.1996 VV: 01.02.1998	26.09.1996	07.06.1997	31.07.2003
53.	Pflegeheim „St. Benno“ Oeffinger Straße 4 01662 Meißen	Katholische Kirchenstiftung „St. Benno“ Karl-Liebnecht-Straße 15 01662 Meißen	BB: 24.07.1996 ÄB: 18.12.1997	04.03.1997	02.01.1998	
54.	Pflegeheim „Jenny Marx“ Karl-Marx-Straße 49 02991 Lauta	AWO Hoyerswerda Thomas Muntzer Straße 26 02977 Hoyerswerda	BB: 13.08.1996 ÄB: 21.12.1998 ÄB: 20.01.1999	04.11.1996	12.06.1998	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
55.	Pflegeheim Dardanelleweg 01468 Moritzburg	Ev.-Luth. Diakonissenhaus Moritzburg e.V. Schloßallee 4 01468 Moritzburg	BB: 19.06.1996	06.05.1996	21.07.1997	11.08.2003
56.	Pflegeheim „St. Antoni Stift“ Görlitzer Straße 7 02899 Ostritz	Katholische Pfarrei „St. Mariä Himmelfahrt“ Spanntigstraße 98 02899 Ostritz	BB: 30.07.1996 ÄB: 11.03.2003	07.09.1996	1. BA: 01.02.1998 2. BA: 03.09.1998	
57.	Tagespflege Robert-Koch-Straße 1 08547 Jößnitz	Gemeinnützige Altenheim- betreibergesellschaft mbH Robert-Koch-Straße 1 08547 Jößnitz	BB: 01.07.1996	01.07.1996	21.05.1997	
58.	Pflegeheim Ludolf-Colditz-Straße 1 04651 Bad Lausick	Innere Mission Leipzig e.V. Georg-Schwarz-Straße 116 04179 Leipzig	BB: 05.11.1996 ÄB: 10.03.1999	25.03.1998	17.12.1998	
59.	Pflegeheim „St. Michael“ Friedrichstraße 48 01067 Dresden	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 15.08.1996 ÄB: 25.11.1996	27.09.1997	01.09.1999	
60.	Tagespflege „St. Anna“ Goethestraße 27 01109 Dresden	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen Magdeburger Str. 33 01067 Dresden	BB: 03.11.1999	20.06.2001	26.07.2002	
61.	Pflegeheim Am Markt 08297 Zwönitz	Diakonisches Werk Aue/Schwarzenberg e.V. Erlaer Straße 15 08340 Schwarzenberg	BB: 25.06.1996	03.08.1996	31.03.1998	
62.	Pflegeheim Ziegelstraße 25 09661 Hainichen	DRK Kreisverband Hainichen e.V. Feldstraße 6 09661 Hainichen	BB: 08.07.1996 ÄB: 17.04.2003	19.11.1996	Neubau 20.10.1997 Altbau 15.09.1999	
63.	Pflegeheim „Villa Auenwald“ Lindenstraße 3 04430 Böhlitz-Ehrenberg	Villa Auenwald GmbH Sportallee 1 22335 Hamburg	BB: 10.07.1997 ÄB: 02.03.1998 ÄB: 02.03.1998	20.06.1998	03/2000	
64.	Pflegeheim Zechenstraße 09385 Lugau	Diakonisches Werk Stollberg e.V. Bahnhofstraße 1 09366 Stollberg	BB: 13.08.1996	12.03.1997	28.08.1998	
65.	Pflegeheim Anton-Günther-Weg 09471 Bärenstein	AWO KV Annaberg Buchholzer Straße 9 09456 Annaberg-Buchholz	BB: 19.08.1996	01.10.1996	02.07.1998	
66.	Pflegeheim An der Gippe 12 07985 Elsterberg	DRK KV Plauen Gabelsberger Straße 7 08523 Plauen	BB: 19.08.1996 ÄB: 08.12.1998	01.11.1996	21.11.1998	
67.	Pflegeheim Robert-Koch-Straße 56 09353 Oberlungwitz	AWO KV Chemnitzer Land/Stollberg e.V. 09337 Hohenstein-Ernstthal	BB: 09.09.1996 ÄB: 22.02.1999	17.03.1997	22.09.1998	
68.	Tagespflege Freiheitsplatz 5b 08396 Waldenburg	Diakonie-Sozialstation Freiheitsplatz 5b 08396 Waldenburg	BB: 02.09.1996	01.10.1996	08.05.1998	29.06.2004
69.	Tagespflege Max-Kästner-Straße 48c 09669 Frankenberg	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Flöha e.V. Dresdner Straße 6 09557 Flöha	BB: 19.08.1996	25.04.1997	26.06.1998	
70.	Pflegeheim Am Buchenweg 01737 Hartha	Senioren-Wohnpark Hartha GmbH Fürstenrieder Straße 90 80686 München	BB: 17.09.1996	11.07.1997	23.11.1998	
71.	Pflegeheim „Matthäistift“ Kommandant-Prendel- Straße 85 04299 Leipzig	Innere Mission Leipzig Geord-Schwartz-Straße 116 04279 Leipzig	BB: 18.06.1998 ÄB: 10.03.1999	01.06.1999	23.10.2001	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
72.	Pflegeheim „Neufriedstein“ Prof.-Wilhelm-Ring 1 01445 Radebeul	Diakonisches Werk Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 20.12.1996 ÄB: 30.07.1997 ÄB: 21.12.1998	11.04.1997	21.03.1999	
73.	Tagespflege „Haus Flora“ innerhalb der Senioren- wohnanlage Radeberg Ferdinand-Freiligrath-Str. 01454 Radeberg	Volkssolidarität Elbtalkreis e.V.  Schweizer Straße 3 01445 Radebeul	BB: 22.08.1996	18.10.1996	01.08.1997	
74.	Tagespflege Forstweg 69 09599 Freiberg	AWO KV Freiberg Forstweg 67 09599 Freiberg	BB: 17.11.1997	01.12.1997	20.06.1998	
75.	Pflegeheim Bergstraße 2 04821 Brandis	Altenheimgesellschaft Brandis mbH Polenzstraße 2e 04821 Brandis	BB: 05.11.1996	30.08.1996	13.07.1998	
76.	Pflegeheim „Martin Andersen Nexö“ Stötteritzer Straße 26 04317 Leipzig	Stadt Leipzig  Stadthaus PF 780 04007 Leipzig	BB: 31.07.1996 ÄB: 18.06.1997 ÄB: 10.03.1999	01.11.1996	1. BA 12.05.1998 2. BA: 21.05.2001	
77.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerst- behinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Gemeinde Tiefenbach OT Gersdorf Nr. 2/3 09661 Tiefenbach	Diakonisches Werk Döbeln e.V.  Klein Kirchgasse 20 04720 Döbeln	BB: 16.07.1996 ÄB: 17.03.1998	01.06.1996	25.05.1997	
78.	Pflegeheim Dölitz Bornaische Straße 188 04279 Leipzig	Stadt Leipzig Stadthaus PF 780 04007 Leipzig	BB: 23.07.1996 ÄB: 14.07.1998	12.12.1996	11.08.1998	
79.	Pflegeheim „DA WOHN ICH“ Am Weißwald 11 08359 Breitenbrunn	AWO Kreisverband Aue-Schwarzenberg Neue Siedlung 47 08959 Breitenbrunn	BB: 08.10.1996 ÄB: 09.09.1997	05.05.1997	16.06.1998	
80.	Pflegeheim Hegereiter Straße 4 01324 Dresden	Diakonisches Werk Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 21.07.2000	29.09.2000	13.09.2002	
81.	Pflegeheim Heinrich-Heine-Straße 04758 Oschatz	Diakonisches Werk Oschatz e.V. Kirchplatz 2 04758 Oschatz	BB: 02.07.1998	03.09.1998	08.07.2000	
82.	Pflegeheim August-Bebel-Straße 10 04769 Mügeln	AWO-Bezirksverband Sachsen-West e.V. Raschwitz Straße 11-13 04416 Markkleeberg	BB: 07.09.1998 ÄB: 22.03.1999	22.01.1999	16.06.2000	
83.	Pflegeheim Friedrichshafener Straße 04357 Leipzig	AWO-Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Raschwitz Straße 11-13 04416 Markkleeberg	BB: 01.07.1998 BB: 03.11.1998 ÄB: 22.03.1999	03.07.1998	11/1999	
84.	Pflegeheim „Bethanien“ Erich-Zeigner-Allee 9/ Lionstraße 11 04229 Leipzig	Stiftung Diakonissenhaus Friedenshort Friedenshortstraße 57258 Freudenberg	BB: 23.11.1998	22.07.1999	01.12.2000	
85.	Pflegeheim „Gertrud Frank“ Grünauer Allee 61 04209 Leipzig	DRK-Kreisverband . Leipzig-Stadt e.V Brandvorwerkstraße 61 04275 Leipzig	BB: 05.12.1997	01.03.1998	12.04.2002	
86.	Pflegeheim „Am Mariannenpark“ Robert-Blum-Straße 7 04347 Leipzig-Schönefeld	Johanniter-Unfallhilfe e.V. Landesverband Sachsen Hildebrandstraße 1 01219 Dresden	BB: 18.07.1997	02.10.1998	01.10.1999	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
87.	Pflegeheim „Haus am Silbersee“ Zwickauer Straße 131 04279 Leipzig	Arbeiter-Samariter-Bund Kreisverband Leipzig e.V. Breite Straße 10 04317 Leipzig	BB: 11.09.1997	19.06.1998	24.09.1999	
88.	Pflegeheim Am Eulenberg 04416 Markkleeberg	AWO-Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Raschwitz Straße 04416 Markkleeberg	BB: 09.02.1998 ÄB: 22.03.1999	1998	13.07.1999	
89.	Pflegeheim Lessingstraße/Bergbreite 04435 Schkeuditz	Volkssolidarität Leipziger Land/Muldental e.V. Quedlinburger Straße 23 04157 Leipzig	BB: 09.12.1997	17.07.1998	03.09.1999	
90.	Pflegeheim „Mathahaus“ Löhstraße 9 04105 Leipzig	Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. Georg-Schwarz-Straße 116 04179 Leipzig	BB: 17.02.1998 ÄB: 10.03.1999	1998	12.07.2000	
91.	Pflegeheim Seeburgstr. 21 04103 Leipzig	Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V. Georg-Schwarz-Straße 116 04179 Leipzig	BB: 15.10.1997 ÄB: 10.03.1999	15.09.1998	03/2000	
92.	Pflegeheim „St. Hedwig“ Roitzscher Weg 3 04808 Wurzen	Caritasverband Dresden-Meißen e.V. Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 15.01.1999	28.05.1999	31.08.2000	
93.	Tages- und Kurzzeitpflege Dürerstraße 6 a 04571 Rötha	Sabine Bienst (privat) Waldstraße 25 04571 Rötha	BB: 08.12.1997	1998	12.02.1999	
94.	Tagespflege-Servicehaus Fritz-Schmenkel-Straße 04860 Torgau	Arbeiter-Samariter-Bund Kreisverband Torgau e.V. Platz der Freundschaft 6 04860 Torgau	BB: 19.08.1997 ÄB: 02.03.1998	04/1997	06.11.1998	24.06.2003
95.	Pflegeheim „Friedrich Wagner“ Ernst-May-Straße 39 02785 Olbersdorf	Gemeinde Olbersdorf Oberer Viebig 2 a 02785 Olbersdorf	BB: 03.06.1997	02.10.1997	28.01.1999	
96.	Pflegeheim 01824 Bielatal	Verein zur Förderung und Entwicklung des oberen Bielatal e.V. Neidberg 4 01824 Rosenthal	BB: 28.02.1997	29.06.1998	28.10.1999	
97.	Pflegeheim „Sankt Jakob“, Haus I Innere Weberstraße 41 02763 Zittau	Zittauer Alten- und Pflegeheim GmbH „Sankt Jakob“ (kommunal) Lortzingstraße 1 02763 Zittau	BB: 18.02.1998	10/1998	11.08.2000	
98.	Pflegeheim Fritz-Walter-Straße 01458 Ottendorf-Okrilla	Diakonisches Werk Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 08.07.1997 ÄB: 21.12.1998	01.09.1997	01.07.1999	
99.	Pflegeheim „Wichernhaus“ Zum Feierabendheim 2 02763 Mittelherwigsdorf	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Zittau e.V. Böhmische Straße 6 02763 Zittau	BB: 21.10.1998 ÄB: 18.03.1999	11/1998	20.03.2000	
100.	Pflegeheim „Anna-Nietschmann-Haus“ Am Zinzendorfplatz 16 02747 Herrnhut	Herrnhuter Diakonie Zinzendorfplatz 16 a 02747 Herrnhut	BB: 24.03.1999	01.09.1999	21.06.2001	
101.	Pflegeheim Gorbitz Leutewitzer Ring 84 01169 Dresden	Arbeiter-Samariter-Bund Ortsverband Dresden e.V. Braunsdorfer Straße 13 01159 Dresden	BB: 10.07.1998	10/1998	02.05.2001	
102.	Pflegeheim „Prof. R. Fetscher“ Jonsdorfer Straße 20 01259 Dresden	AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH Georg-Palitzsch-Straße 10 01239 Dresden	BB: 25.11.1997	07.10.1998	11.06.2002	



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
103.	Städt. Seniorenpark Löbtau, Haus M Löbtauer Straße 31 01159 Dresden	Stadt Dresden  Dr.-Külz-Ring 19 01067 Dresden	BB: 05.08.1997	18.01.1999	14.04.2000	
104.	Pflegeheim Hauptstraße 16 02699 Königswartha	DRK Kreisverband Bautzen e.V. O.-Nagel-Straße 1 02625 Bautzen	BB: 20.04.1999	03/1999		
105.	Pflegeheim  Bergstraße 9 01744 Dippoldiswalde	Gem. Seniorenwohn- u. Pflegegesellschaft des Diakonischen Werkes mbH Schuhgasse 12 01744 Dippoldiswalde	BB: 26.11.1996	06.08.1997	29.11.1998	
106.	Seniorenzentrum „Helene Schmieder“ Bobersbergstraße 18 01558 Großenhain	Alten- und Behindertenhilfe der Diakonie Großenhain Neundorferstraße 6 01558 Großenhain	BB: 14.09.1998 ÄB: 21.12.1998	01.04.1999	05.10.2000	
107.	Pflegeheim Großbröhrsdorfer Straße 01896 Pulsnitz	Karpiuk & Ziller GbR Bähmisches Eck 1 01896 Pulsnitz	BB: 25.11.1996 ÄB: 28.09.2001	27.02.1997	30.10.1997	
108.	Pflegeheim „Jochhöh“ Dresdner Straße 01705 Pesterwitz	Soziale Dienste Pesterwitz GmbH Am Jochhöh 42 d 01705 Pesterwitz	BB: 18.01.1999	07.05.1999	08.09.2000	
109.	Pflegeheim  Thomas-Müntzer-Straße 26 02977 Hoyerswerda	AWO Kreisverband Hoyerswerda e.V. Thomas-Müntzer-Straße 26 02977 Hoyerswerda	BB: 28.10.1998	09.11.1998	1. BA 15.12.1999 2. BA 16.10.2000	
110.	Pflegeheim  Freiberger Straße 76/78 01683 Nossen	ASB Altenheimbetriebs- gesellschaft gGmbH Bahnhofstraße 20 01609 Gröditz	BB: 31.08.1999	11.02.2000	18.05.2001	
111.	Pflegeheim Maillebahn Maillebahn 2 01326 Dresden	Stadt Dresden Dr.-Külz-Ring 19 01067 Dresden	BB: 22.10.1997	13.04.2000	12/2000	
112.	Pflegeheim  Schmoler Weg 4 02625 Bautzen	Pflegeheim Bautzen-Seidau gGmbH (Diakonie) Schmoler Weg 4 02625 Bautzen	BB: 21.08.1998	11/1998	Haus 2: 01.08.2000 Haus 1: 01.06.2001	
113.	Pflegeheim  Bergstraße 237 01774 Marter-Seifersdorf	AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH Georg-Palitzsch-Straße 10 01239 Dresden	BB: 10.06.1999	14.10.1999	15.09.2000	
114.	Pflegeheim  An den Winkelwiesen 01462 Cossebaude	AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH Georg-Palitzsch-Straße 10 01239 Dresden	BB: 06.03.2000	18.07.2000	23.06.2001	
115.	Pflegeheim Schenkasse 12 a 01762 Schmiedeberg	Pro Civitate gGmbH Bahnhofstraße 7b 06749 Bitterfeld	BB: 08.04.1998 ÄB: 09.01.2003	21.07.1997	09.08.1999	
116.	Pflegeheim  Alte Berthelsdorfer Straße 01844 Neustadt	ASB Ortsverband Neustadt (DPWV) Bahnhofstraße 38 01844 Neustadt	BB: 18.02.1998	31.03.1998	23.09.1999	
117.	Pflegeheim  Am Schloßpark 01936 Königsbrück	ASB Ortsverband Kamenz e.V. (DPWV) Haberkornstraße 4 01917 Kamenz	BB: 15.09.1998	12.11.1998	23.06.2000	
118.	Pflegeheim „Clara Zetkin“  Fetscherstraße 111 01307 Dresden	DRK Kreisverband Dresden e.V Klinkerstraße 01139 Dresden	BB: 30.06.1998	25.11.1998	Haus B 31.01.2000 Haus A 03.08.2001	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
119.	Tagespflege Albert-Schweitzer-Ring 32 02943 Weißwasser	AWO Kreisverband des Niederschlesischen Oberlausitzkreises 02943 Weißwasser	BB: 11.07.1997 ÄB: 21.12.1998	01/1998	07.05.1999	
120.	Tagespflege Laubegast Laubegaster Ufer 22, Haus II 01279 Dresden	Volkssolidarität Stadtverband e.V. (DPWV) Altgorbitzer Ring 58 01169 Dresden	BB: 10.01.1997	04.11.1997	10.10.1998	02.03.2004
121.	Tagespflege Lommatzsch Rauba I 01623 Lommatzsch	DRK Kreisverband Meißen e.V. Bergstraße 8 01662 Meißen	BB: 30.09.1996	06/1997	05.01.1998	17.09.1998
122.	Tages- und Kurzzeitpflege Martin-Voß-Straße 42 02906 Niesky/OT See	Frau Kodula Kiese Postweg 15 02906 Niesky/OT See	BB: 16.04.1997 ÄB: 28.07.1997 ÄB: 17.12.1997 ÄB: 21.12.1998	06/1997	04.05.1998	
123.	Tages- und Kurzzeitpflege Trachenberger Straße 6 01129 Dresden-Trachenberge	Volkssolidarität Stadtverband Dresden e.V. Altgorbitzer Ring 58 01169 Dresden-Trachenberge	BB: 10.03.1997 ÄB: 14.07.1997	14.08.1997	02.02.1998	
124.	Pflegeheim „Elsa Fenske“ Haus 3 Alfred-Althus-Straße 9 01067 Dresden	Stadt Dresden Dr.-Külz-Ring 19 01067 Dresden	BB: 15.10.1998	01.08.1999	02.04.2001	
125.	Pflegeheim Ludwigsweg 50 08258 Markneukirchen	Verein für Gemeindediakonie Adorfer Straße 46 08258 Markneukirchen	BB: 20.01.1997 ÄB: 24.07.1998	21.03.1997	02.10.1998	
126.	Kurzzeitpflege „Goldene Aussicht“ Dorfstraße 55 09322 Stein	Frau Ch. Zwinscher, Frau H. Ludwig Dorfstraße 55 09322 Stein	BB: 04.10.1996	22.11.1996	11.07.1997	15.02.2002
127.	Pflegeheim „Dr. Marg. Blank“ Oelsnitzer Straße 04349 Leipzig-Thekla	AWO Senioren- und Sozialzentrum Sachsen West Raschwitzer Straße 11 - 13 04416 Markkleeberg	BB: 08.11.1998	01.11.2000	01.04.2002	
128.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Cisinski Straße 35 01920 Panschwitz-Kuckau	Klosterstift St. Marienstern Cisinski Straße 35 01920 Panschwitz-Kuckau	BB: 28.11.1996 ÄB: 21.12.1998	18.06.1997	08.03.1999	31.01.2003
129.	Tagespflege Gellertstraße 26 04509 Delitzsch	Diakonisches Werk Eilenburg-Delitzsch e.V. Schloßstraße 4 04509 Delitzsch	BB: 17.07.1998	1998	10.10.1998	
130.	Altenpflegeheim „St. Barbara-Haus“ Thomas-Müntzer-Str. 04565 Regis-Breitungen	Diakonisches Werk e.V. Am Gericht 3 04552 Borna	BB: 12.08.2002	03.12.2002	28.11.2003	
131.	Pflegeheim An der Alten Thalheimerstraße 09390 Meinersdorf	Oelsnitzer Seniorenhilfe Verein Deutschlandschachtstr. 6 09376 Oelsnitz	BB: 12.03.1997	28.06.1997	11.09.1998	
132.	Pflegeheim Merschwitz Am Sportplatz 2 01612 Disbar-Seuslitz	VS Kreisverband Riesa- Großenhain Bahnhofstraße 25 01587 Riesa	BB: 10.09.1998	04.12.1998	10.08.2000	
133.	Pflegeheim der Diakonissenanstalt „Emmaus“ Plittstraße 13 02906 Niesky	Diakonissenanstalt „Emmaus“ Bautzner Straße 21 02906 Niesky	BB: 01.02.1999	07.05.1999	15.11.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
134.	Vollst. Pflege- einrichtung für Blinde  Schloßstraße 17 09322 Rochsburg	Blinden- und Sehbehindertenverband Sachsen e.V. Louis-Braille-Straße 6 01099 Dresden	BB: 12.08.1997 ÄB: 19.02.2001	20.10.1997	29.04.1999 Vers.-Vertr. 01.03.1999	
135.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Rembrandstraße 15 09111 Chemnitz	Arbeiter-Samariter-Bund Ortsverein Chemnitz  Herderstraße 6 09120 Chemnitz	BB: 13.10.1997 VV: 01.05.2000	22.12.1997	24.04.1999	24.06.2003
136.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Wettinstraße 13 04552 Borna	Lebenshilfe KV Leipziger Land e.V.  Wettinstraße 13 04552 Borna	BB: 15.09.1997	17.11.1997	24.02.2000	
137.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Max-Liebermann-Straße 1 01217 Dresden	AWO Sonnenstein gGmbH Beratung - Behindertenhilfe - Psychosoziale Dienste  Georg-Palitzsch-Straße 10 01239 Dresden	BB: 09.04.1997 ÄB: 16.12.1997 ÄB: 24.06.1999 VV: 06.09.2000	27.06.1997	14.05.1998	
138.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Heinicher Straße 102 09599 Freiberg	Diakonisches Werk Freiberg e.V.  Wernerstraße 3 09599 Freiberg	BB: 10.06.1997 VV: 01.01.2000	15.09.1997	10.05.1999	
139.	Pflegeheim  Lärchenweg 04567 Kitzscher	Arbeiter-Samariter-Bund Leipzig e.V. Heinrichstraße 9 04317 Leipzig	BB: 11.01.1999	04.03.1999	07.07.2000	
140.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte Heinrich-Heine-Straße 04758 Oschatz	Lebenshilfe KV Oschatz e.V.  E.-Schneller-Straße 14 04758 Oschatz	BB: 13.10.1997 VV: 01.03.1999	03.12.1997	23.03.1999	
141.	Pflegeheim  Härtelstraße 24 04736 Waldheim	ESCU-Immobilien- u. Vermögensverw. Tersteegenstraße 77 40474 Düsseldorf	BB: 11.11.1997	09.09.1997	15.10.1999	
142.	Pflegeheim Am Südring 04860 Torgau	K&S Dr. Krantz Sozialbau Struckenborsteler Str. 52 27367 Sottrum	BB: 15.07.1997 ÄB: 02.03.1998	01.10.1997	28.11.1998	
143.	Tagespflege und Sozialstation Meißen „Hirschberg-Haus“ Hirschbergstraße 2 01662 Meißen	Christliche Sozialstation Meißen e.V.  Talstraße 2 01662 Meißen	BB: 18.12.1997	02.05.1998	01.06.1999	14.11.2002
144.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Berthold-Brecht-Straße 04720 Döbeln	Lebenshilfe KV Döbeln e.V.  Albertstraße 6 04720 Döbeln	BB: 25.06.1998 ÄB: 04.08.1998 VV: 01.02.2000	06/1998	13.11.1999	
145.	Pflegeheim  Zur Zigeunerfichte 1 08439 Langenreinsdorf	Volksolidarität KV Werdau Waldstraße 4 08412 Werdau	BB: 03.11.1997	Anbau 17.04.1998 Sanierung 25.06.1999	Anbau 25.06.1999 Altbau 01.09.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
146.	Pflegeheim Mozartstraße 09119 Chemnitz	Volkssolidarität Stadtverband Chemnitz Horst-Menzel-Straße 5 09112 Chemnitz	BB: 01.12.1997	14.10.1998	04.05.2000	
147.	Pflegeheim Willy Stabenau Robert-Blum-Straße 08056 Zwickau	ASB KV Zwickau Zaanstaderstraße 9 08062 Zwickau	BB: 20.05.1997	08.10.1997	01.08.1999	
148.	Pflegeheim Neue Welt 08229 Treuen	Arbeiterwohlfahrt KV Auerbach e.V. Eisenbahnstraße 14 08209 Auerbach	BB: 25.06.1997 ÄB: 15.06.1998	01.08.1997	01.02.1999	
149.	Pflegeheim Zwickauer Straße 37 08412 Werdau	DRK KV Zwickauer Land Leipziger Straße 76 08451 Crimmitschau	BB: 27.06.1997	Neubau: 01.09.1997 Altbau: 01.05.1999	Neubau: 01.05.1999 Altbau: 12.07.2000	
150.	Pflegeheim Gut Förstel Elterleiner Straße 2 08352 Langenberg	Dr. Willmar Schwabesche Heimstätten Stiftung Am Exerzierplatz 6 68167 Mannheim	BB: 14.01.1998	09.05.1998	08.10.1999	
151.	Pflegeheim Komturhof Am Schulberg 08523 Plauen	Diakonisches Werk Plauen e.V. Friedensstraße 24 08523 Plauen	BB: 24.11.1997	26.03.1998	04.12.1999	
152.	Pflegeheim Richard Hoffmann Stift Richard-Rentsch-Straße 09569 Oederan	Stadt Oederan Markt 5 09569 Oederan	BB: 05.12.1997	1. BA: 12.05.1998 2. BA: 03.03.1999	1. BA: 17.12.1998 2. BA: 18.12.1999	
153.	Pflegeheim „St. Pius“ Fröbelstraße 08056 Zwickau	Caritasverband Dekanat Zwickau e.V. Reichenbacher Straße 36 08056 Zwickau	BB: 11.10.1999	30.11.1999	15.06.2001	
154.	Pflegeheim Zejler Straße 1920 Crostwitz	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 12.12.2000	16.07.2001	07.12.2002	
155.	Pflegeheim Heinrichshof 4 08371 Glauchau	Diakonisches Werk West Sachsen gGmbH Heinrichshof 4 08371 Glauchau	BB: 08.12.1997	30.06.1998	01.06.2000	
156.	Pflegeheim Am Eichert 30 08280 Aue	Stadtverwaltung Aue Goethestraße 5 08280 Aue	BB: 04.03.1998	01.05.1998	13.09.2000	
157.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstbehinderte innerhalb der Komplexeinrichtung Altneudorfer Straße 2 01796 Pirna	Lebenshilfe für geistig Behinderte Pirna-Sebnitz e.V. Varkausring 1 a 01796 Pirna	BB: 14.10.1997 ÄB: 21.12.1998 VV 01.01.2000	28.11.1997	11.01.1999	
158.	Pflegeheim Rembrandt Straße 15 09111 Chemnitz	ASB Ortsverband Chemnitz und Umgebung e.V. Herderstraße 6 09120 Chemnitz	BB: 04.05.1998	15.11.1998	Sanierung: 23.04.1999 Neubau: 28.09.2001	
159.	Pflegeheim Legenfelder Straße 44 08107 Kirchberg	Gemeinnützige Heimbetriebsgesellschaft mbH Dr.-Ziesche-Straße 11 08107 Kirchberg	BB: 08.09.1997	14.01.1998	20.07.1999	
160.	Pflegeheim Weinbergstraße 1 01589 Riesa	Stadt Riesa Rathausplatz 1 01589 Riesa	BB: 15.10.1998	04.12.1998	15.09.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
161.	Pflegeheim Eppendorfer Straße 9 09573 Augustusburg	Eigenbetrieb der Stadt Augustusburg Marienberger Straße 24 09573 Augustusburg	BB: 29.07.1997	05.12.1997	19.12.1998	
162.	Pflegeheim Sternenstraße 5 08066 Zwickau	Senioren- und Seniorenpflegeheim gGmbH Zwickau Werdauer Straße 62 08013 Zwickau	BB: 04.12.1998	20.05.1999	30.06.2000	
163.	Pflegeheim „Haus Planitz“ Dortmunder Straße 9 08062 Zwickau	Senioren- und Seniorenpflegeheim gGmbH Zwickau Talstraße 5 08066 Zwickau	BB: 04.12.1998	01.07.1999	13.09.2000	
164.	Pflegeheim Parkstraße 09456 Annaberg-Buchholz	Katholische Pfarrei Heiliges Kreuz Mariengasse 11 09456 Annaberg-Buchholz	BB: 11.12.1997	24.07.1998	31.03.2000	
165.	Tagespflege Albertstraße 46 08468 Reichenbach	DRK Kreisverband Reichenbach e.V. Marienstraße 11 08468 Reichenbach	BB: 20.04.1998	25.05.1998	01.04.1999	07.05.2003
166.	Tagespflege Zwickauer Straße 51 08451 Crimmitschau	DRK Kreisverband Zwickauer Land e.V. Leipziger Straße 76 08451 Crimmitschau	BB: 08.12.1997	16.04.1998	22.01.1999	
167.	Pflegeheim Mühlgasse 10 02929 Rothenburg	Martinshof Rothenburg Diakoniewerk Mühlgasse 10 02929 Rothenburg	BB: 30.10.1998	20.10.1998	25.01.2000	
168.	Pflegeheim „Luise Otto-Peters“ Rote Gasse 43 01662 Meißen	Stadt Meißen - Zentrale Heimverwaltung Markt 1 01662 Meißen	BB: 15.08.2001	10.12.2001	30.01.2003	
169.	Pflegeheim „Altersstift“ Erich-Pfaff-Straße 10 02625 Bautzen	Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche im Kirchenbezirk Bautzen e.V. Karl-Liebknecht-Straße 14 02625 Bautzen	BB: 23.11.1998	01.02.1999	30.11.2000	
170.	Pflegeheim „Dora-Schmitt-Haus“ Peter-Buck-Straße 1 02627 Kleinwelka	Ev.-Brüder-Unität Herrnhut Zittauer Straße 20 02745 Herrnhut	BB: 19.03.1998	02.10.1998	01.10.1999	
171.	Pflegeheim Am Veitsberg 2-6 04425 Taucha	DRK KV Leipzig-Land e.V. Schulstraße 15 04442 Zwenkau	BB: 01.07.1998	01.10.1998	30.09.1999	
172.	Pflegeheim Chemnitzner Straße 09387 Jahnsdorf	Pro Civitate gGmbH Raguhner Straße 5 06800 Jeßnitz	BB: 21.06.2001	17.08.2001	15.11.2002	
173.	Pflegeheim Kreuzstift Kanzlerstraße 09112 Chemnitz	Stadtmission Chemnitz Glockenstraße 10 09130 Chemnitz	BB: 17.06.1998	29.10.1998	17.03.2000	
174.	Tagespflege 08112 Wilkau-Haßlau	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Landesverband Sachsen Stephensonstraße 12-14 01257 Dresden	BB: 02.12.2002	01.03.2003		
175.	Tagespflege Chemnitzner Straße 50 09401 Zschopau	Volkssolidarität Erzgebirgsverband Chemnitzner Straße 50 09401 Zschopau	BB: 26.02.1998	11.11.1998	15.10.1999	
176.	Pflegeheim „Hildegard Burjan“ Elsternweg 02827 Görlitz	Caritasverband der Diözese Görlitz e.V. Adolf-Kolping-Straße 15 03046 Cottbus	BB: 20.09.1999	05.05.2000	23.06.2001	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
177.	Pflegeheim „H. Tschucke“ Großenhainer Straße 88 01662 Meißen	Diakonisches Werk Meißen e.V. Johannesstraße 9 01662 Meißen	BB: 09.02.1998	10.06.1998	1. BA: 02.06.1999 2. BA: 30.06.2000	
178.	AWO-Pflegewohnheim Hauptstraße 51 - 53 01665 Taubenheim	AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH G.-Palitzsch-Straße 10 01239 Dresden	BB: 03.05.1999	05.05.2000	12.03.2001	
179.	Pflegeheim Schlossallee 01723 Wilsdruff	Pflegeheim- und Krankenhaus GmbH & Co. KG Wilsdruff Stiftstraße 11 08118 Hartenstein	BB: 15.03.1999	01.04.2000	01.07.2001	
180.	Pflegeheim Am Harzberg 29 04654 Frohburg	Wohn- und Seniorenzentrum Frohburg GmbH Oberastraße 34 83026 Rosenheim	BB: 15.03.1999	02.11.1999	10.12.2001	
181.	Pflegeheim Am Freizeitpark 1 02943 Weißwasser	Kursana Gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH Friedrichstraße 90 10117 Berlin	BB: 09.03.2000	23.05.2001	04.07.2003	
182.	Pflegeheim Demmeringstraße 04177 Leipzig	Volkssolidarität KV Leipzig-Stadt e.V. Lützowstraße 11 04155 Leipzig	BB: 01.03.1999	01.03.1999	10.11.2000	
183.	Tagespflege Augustusbürger Straße 88 09557 Flöha	Volkssolidarität KV Freiberg Augustusbürger Straße 73 09557 Flöha	BB: 25.06.1998	29.07.1998	26.06.1999	
184.	Pflegeheim Fritz-Fritzsche-Straße 1 09123 Chemnitz	DRK KV Chemnitz Altehemmter Straße 26 09120 Chemnitz	BB: 15.02.1999	24.06.1999	27.04.2001	
185.	Pflegeheim Bethanien Landeskronstraße 57 02826 Görlitz	Ev. Stiftung Bethanien Landeskronstraße 57 02826 Görlitz	BB: 23.03.1999	01.06.1999	25.03.2000	
186.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Orthopädisches Zentrum Martin-Ulbrich-Haus Horkaer Straße 21 02929 Rothenburg OL	Orthopädische Klinik „Martin-Ulbrich-Haus“ GmbH Horkaer Straße 21 02929 Rothenburg OL	BB: 18.03.1998 VV: 25.11.1999	19.10.1998	01.10.1999	
187.	Pflegeheim „Im Park“ Am Krankenhaus 08451 Crimmitschau	Pflegeheime Crimmitschau GmbH Nr. 10 OT Rauschenbach 09544 Neuhausen	BB: 12.03.2001	11.05.2001	06.09.2002	
188.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Am Katzenstein 08209 Auerbach	Lebenshilfe Auerbach e.V. Waldstraße 3 08209 Carolagrün	BB: 02.03.1998 VV: 01.04.1999	29.07.1998	10.06.1999	02.07.2003
189.	Altenpflegeheim „Emmaus“ Zum Kleingartenpark 25-26 04318 Leipzig	Evangelische Sozialstation Pflegeheim Leipzig gGmbH Nikolaikirchhof 3 04109 Leipzig	BB: 03.05.2002	29.08.2002	30.01.2004	
190.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Grünauer Allee 61 04209 Leipzig	DRK KV Leipzig-Stadt e.V. Brandvorwerkstraße 36a 04275 Leipzig	BB: 03.04.1998 ÄB: 29.03.1999 VV: 01.01.2000	01.01.1998	13.02.1999	
191.	Tagespflegeeinrichtung Scheffelstraße 34 04774 Dahlen	Pflegedienst Gabriele Küntzel Dr. Alfred-Brehm-Str. 17 04774 Schmannewitz	BB: 17.01.2001	01.01.2001	01.09.2001	



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
192.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Hauptstraße 121 08209 Rebesgrün	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Auerbach e.V.  Herrnwiese 9a 08209 Auerbach	BB: 09.06.1999 VV: 01.07.20001	01.05.1999	30.11.2001	
193.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Erzberger Straße 04509 Delitzsch	Behindertenzentrum Delitzsch gGmbH  Richard-Wagner-Str. 18a 04509 Delitzsch	BB: 24.06.1998 VV: 01.10.1999	30.06.1998	01.10.1999	
194.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Kirchfeld 09232 Hartmannsdorf	Stadtmision Chemnitz e.V.  Glockenstraße 5 09130 Chemnitz	BB: 21.09.1999 VV: 01.03.2001	25.10.1999	04.05.2001	
195.	Pflegeheim „Dr. Dorothea Christiane Erxleben“ Lausitzer Str. 7 02828 Görlitz	DRK Kreisverband Görlitz Stadt und Land e.V. Ostring 59 02828 Görlitz	BB: 22.04.1999	26.10.1999	23.08.2001	
196.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ Georg-Palitzsch-Str. 10 01239 Dresden	AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH Georg-Palitzsch-Str. 10 01239 Dresden	BB: 28.03.2002	09.09.2002	01.08.2005	
197.	Tagespflege Poststraße 1 08233 Treuen	DRK KV Auerbach e.V. Bahnhofstraße 24 08209 Auerbach	BB: 19.07.1999	01.02.2000	15.12.2000	
198.	Pflegeheim Am Zeisigwald Fürstenstr. 264 09130 Chemnitz	Stadtmision Chemnitz Glockenstraße 5 09130 Chemnitz	BB: 26.04.1999	20.03.2000	25.10.2002	
199.	Pflegeheim Zeller Berg  Dr. Otto-Nuschke-Str. 46 08280 Aue	Diakonisches Werk Aue/Schwarzenberg Erlaer Straße 15 08340 Schwarzenberg	BB: 26.04.1999	15.06.1999	02.02.2001	
200.	Pflegeheim  Lindenallee 18 08209 Auerbach	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Auerbach e.V. Herrenwiese 9a 08209 Auerbach	BB: 14.02.2000	07.12.2000	01.08.2002	
201.	Pflegeheim Döbeln Unnaer Straße 24 04720 Döbeln	AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Raschwitzer Straße 11-13 04416 Markkleeberg	BB: 30.04.2001	16.08.2001	29.11.2002	
202.	Tagespflege Breitestraße 04758 Oschatz	Volkssolidarität KV Oschatz Strehlaer Straße 38 04758 Oschatz	BB: 18.11.1999	01.12.1999	29.03.2001	
203.	Pflegeheim  Max-Hupfer-Str. 04774 Dahlen	AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Raschwitzer Straße 11-13 04416 Markkleeberg	BB: 17.01.2000	12.01.2001	04.02.2002	
204.	Pflegeheim Hediwig-Fröhlich-Haus Heinrich-Zille-Str. 15 01445 Radebeul	Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e.V. Bautzner Str. 64-70 01099 Dresden	BB: 05.07.2000	07.09.2000	08.11.2002	
205.	Altenhilfezentrum Laurentius-Haus Hoyerswerda Käthe-Kollwitz-Str. 7 02977 Hoyerswerda	Diakonie-Sozialwerk e.V.  Girbigsdorfer Str. 17 02828 Görlitz	BB: 19.05.2000	25.08.2000	05.07.2001	
206.	Tagespflege Doriplatz 2 01619 Röderau	Frau Romy Christoph Breitscheidstr. 9 01619 Zeithain	BB: 24.11.2000	01.12.2000	20.12.2001	
207.	Pflegeheim Canzlerstraße 09235 Burkhardtsdorf	AWO Südsachsen gGmbH Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 31.01.2000	06.06.2000	29.09.2001	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
208.	Pflegeheim „Am Mortelgrund“ Alte Mortelgrundstr. 1 09619 Sayda	Frau Rita Münch  Forststraße 5-6 09638 Lichtenberg	BB: 26.04.1999	26.05.1999	08.09.2000	
209.	Pflegeheim „Willy Brandt“  Johannes-Dick-Str. 6 09112 Chemnitz	Arbeiterwohlfahrt KV Chemnitz Clara-Zetkin-Str. 1 09112 Chemnitz	BB: 06.03.2000	05.09.2000	27.09.2002	
210.	Pflegeheim Stadtmitte  Reißiger Straße 50 08525 Plauen	Volkssolidarität Plauen/Oelsnitz e.V. Dittesstr. 64 08525 Plauen	BB: 19.08.1999	10.12.1999	30.08.2001	
211.	Pflegeheim „Heiterblick“  Am Worwerk 15 04329 Leipzig	Städt. Altenpflegeheime- Eigenbetrieb Burgplatz 1 04092 Leipzig	BB: 05.01.2001	01.06.2001	18.09.2003	
212.	Pflegeheim „Goldener Herbst“ Miltitzer Allee 34 04205 Leipzig-Grünau	Städt. Altenpflegeheime- Eigenbetrieb Burgplatz 1 04092 Leipzig	BB: 21.09.1999	01.11.1999	21.08.2001	
213.	Pflegeheim „Hedwig Bergsträßer Am Wallgraben 04668 Grimma	Diakonisches Werk  Colditzer Straße 26 04668 Grimma	BB: 01.11.1999	25.11.1999	26.06.2001	
214.	Pflegeheim Plagwitz Walter-Heinze-Straße 04229 Leipzig	Städt. Altenpflegeheime Burgplatz 1 04092 Leipzig	BB: 17.01.2000	26.05.2000	01.11.2001	
215.	Pflegeheim  Berliner Chaussee 19 02953 Bad Muskau	Kursana Betriebsgesellschaft mbH Friedrichstr. 85 10117 Berlin	BB: 16.07.2002 ÄB: 16.10.2003	30.01.2004	01.09.2005	
216.	Pflegeheim „Am Czorneboh“ Czornebohstr. 25 02733 Cunewalde	ASB Ortsverband Löbau e.V. Güterstr. 14 02708 Löbau	BB: 15.03.2000	18.08.2000	27.02.2002	
217.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Weststraße 11 08485 Lengenfeld	Volkssolidarität Reichenbach e.V.  Solbrigstr. 16 08468 Reichenbach	BB: 04.05.1999 VV: 01.02.2001	21.10.1999	09.02.2001	
218.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Wiesenstr. 09648 Mittweida	AWO Bezirksverband Chemnitz e.V.  Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 06.07.1999 VV: 01.09.2000	30.09.1999	11.01.2001	
219.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Mühlgasse 08451 Crimmitschau	DRK Kreisverband Zwickauer Land e.V.  Leipziger Str. 76 08451 Crimmitschau	BB: 02.05.2000 VV: 01.08.2001	01/2000	03.05.2001	
220.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Am Walde 2 08412 Werdau	Diakoniewerk Westsachsen gGmbH  Heinrichshof 4 08371 Glauchau	BB: 02.05.2000 VV: 05.04.2002	22.05.2001	04.05.2002	
221.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Bergstraße 137 01774 Seifersdorf	AWO Sonnenstein gGmbH Beratungsstelle - Behinderten- hilfe - Psychosoziale Dienste Georg-Palitzsch-Str. 10 01239 Dresden	BB: 18.05.2000 VV: 01.10.2000	14.10.1999	01.11.2000	
222.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Mühlgasse 10 02929 Rothenburg OL	Martinshof Rothenburg Diakoniewerk  Mühlgasse 10 02929 Rothenburg OL	BB: 09.08.1999 ÄB: 21.12.1999 VV: 01.12.2000	28.10.1999	06.12.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
223.	Pflegeheim Leipzig-Kleinzschocher  Schwatzestr. 8 - 18 04229 Leipzig	Eigenbetrieb der Stadt Leipzig Städt. Altenpflegeheime Am Elsterwehr 04299 Leipzig	BB: 19.06.2002	01.11.2002	13.05.2004	
224.	Pflegeheim  Flemmingstraße 8, Haus 31 09116 Chemnitz	Internationaler Bund (IB) für Sozialarbeit Burgstraße 106 60389 Frankfurt/Main	BB: 10.07.2001	01.10.2001	25.09.2003	
225.	Pflegeheim Hartau  Annaberger Straße 467 09116 Chemnitz	Heim gGmbH für med. Betreuung, Senioren u.B. Lichtenauer Weg 1 09114 Chemnitz	BB: 10.08.2001	19.11.2001	21.11.2003	
226.	Pflegeheim  Schulberg/Gartenstraße 01814 Rathmannsdorf	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 24.04.2002	02.06.2002	29.11.2003	
227.	Pflegeheim  Dr.-Stuedner-Str. 9 01855 Sebnitz	Volkssolidarität Kreisverband Sächsische Schweiz e.V. Maxim-Gorki-Straße 27 01796 Pirna	BB: 14.09.2000	09.03.2001	21.06.2002	
228.	Pflegeheim „Zur alten Linde“ Markt 11 01734 Rabenau	Promed Seniorenpflege GmbH Erich-Weiner-Straße 1 01734 Rabenau-Oelsa	BB: 19.09.2001	04.03.2002	17.11.2003	
229.	Pflegeheim „Matthias Claudius“ Weißenfels Straße 18 04229 Leipzig	DW; Innere Mission Leipzig  Georg-Schwanz-Str. 116 04179 Leipzig	BB: 06.06.2001	01.08.2001	15.01.2003	
230.	Pflegeheim „Am Diakonissenhaus“ Ahlfeldstraße 4 04177 Leipzig	Diakoniekliniken Leipzig g GmbH Georg-Schwarz-Straße 49 04177 Leipzig	BB: 07.08.2002	25.10.2002	03.03.2004	
231.	Pflegeheim  Braustraße 19 04420 Markranstädt	AWO Senioren und Sozialzentrum gGmbH Raschwitzer Straße 11/13 04416 Markkleeberg	BB: 30.05.2001	18.12.2001	01.04.2003	
232.	Pflegeheim „Am Park“ Robert Koch Straße 04564 Böhlen	ASB KV Leipzig e.V. Heinrichstraße 9 04564 Böhlen	BB: 02.12.2002	12.06.2003	03.09.2004	
233.	Pflegeheim 1. Bauabschnitt Zur Mühle 21 09306 Schweikershain	Landkreis Mittweida  Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 28.11.2002 ÄB: 02.02.2004	01.03.2003	01.03.2003	
234.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma „Hannelore Kohl“ Muldentalgweg 1 04828 Bennewitz	Muldental Pflege-GmbH  Muldentalgweg 1 04828 Bennewitz	BB: 03.12.2002	15.06.2003	14.01.2004	
235.	Pflegeheim „Haus Elisabeth“ Greizer Straße 1a 08428 Langenbernsdorf/ Trünzigt	Diakoniewerk Westsachsen  Heinrichshof 4 08371 Glauchau	BB: 03.06.2002	13.11.2002	15.09.2004	
236.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerbehinderte Alte Berthelsdorfer Straße 21b 01844 Neustadt (Sachsen)	Lebenshilfe Pirna-Sebnitz e.B.  Varkausring 107 01796 Pirna-Sonnenstein	BB: 25.09.2000 VV: 05.02.2002	17.10.2000	12.12.2001	
237.	Tagespflege Falkenstein Dr. Robert-Koch-Str. 18 08223 Falkenstein	DRK KV Auerbach Bahnhofstraße 24 08209 Auerbach	BB: 21.02.2002	08.04.2002	27.05.2003	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
238.	Altenpflegeheim Martin-Luther-Ring 15 04860 Torgau	VS Torgau e.V. Pfarrstraße 1 04860 Torgau	BB: 25.07.2001	18.04.2002	04.07.2003	
239.	Vollst. Pflege- abteilung für Apalliker Delitzscher Straße 141 04129 Leipzig	Stadt Leipzig Sozialamt  04029 Leipzig	BB: 29.11.2000	01.12.2000	15.08.2001	
240.	Pflegeheim St. Mechthild Disterwegstraße/ An der Querbrette 04155 Leipzig-Eutritzsch	Malteser Werke e.V.  Kalker Hauptstraße 22-24 51103 Köln	BB: 16.08.2002	21.01.2003	25.06.2004	
241.	Pflegeheim „Am Lunapark“ Fritz-Bosse-Straße 04159 Leipzig	Seniorenresidenz „Am Lunapark“ Wendenstraße 2 04159 Leipzig	BB: 18.12.2000	01.07.2001	25.11.2002	
242.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ Schneeberger Straße 21 08340 Schwarzenberg	Diakonisches Werk Aue/Schwarzenberg Erlaer Straße 15 08340 Schwarzenberg	BB: 31.07.2000	25.09.2000	06.09.2002	
243.	Pflegeheim  Lausicker Straße 5 - 7 04552 Borna	Heimverbund Leipziger Land GmbH Mühlenweg 2 04463 Großpösna	BB: 02.01.2001	19.10.2001	14.03.2003	
244.	Pflegeheim „Claudine Thévenet“ - Landhaus Grimmaer Straße 108 04687 Seelingstädt	Caritasverband Bistum Dresden-Meißen e.V. Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 29.11.2002	01.03.2003	01.07.2004	
245.	Pflegeheim „Claudine Thévenet“ - Stadthaus Käthe-Kollwitz-Straße 04668 Grimma	Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen Magdeburger Straße 33 01067 Dresden	BB: 19.07.2001	24.05.2002	05.09.2003	
246.	Pflegeheim „Bürgerwiese“  Mary-Wigman-Straße 1 01069 Dresden	Alloheim Senioren- Residenzen AG Tersteegenstraße 77 40474 Düsseldorf	BB: 10.01.2002	01.12.2003	01.01.2006	
247.	Pflegeheim  Königsbrücker Landstr. 6 01109 Dresden	Diakonisches Werk, Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 22.11.2002	15.08.2003	20.02.2005	
248.	Pflegeheim Rehefelder Str./ Robert-Matzke-Str. 01127 Dresden	DRK Kreisverband Dresden e.V.  Klingerstraße 20 01139 Dresden	BB: 25.08.2000	23.03.2001	13.07.2002	
249.	Pflegeheim Obergorbitz Altgorbitzer Ring 58 01169 Dresden	VS Dresden e.V. Altgorbitzer Ring 58 01169 Dresden	BB: 20.05.2000	01.10.2000	31.05.2002	
250.	Pflegeheim Carolahof Bahnhofstraße 4 09627 Hilbersdorf	Eigenbetrieb des Landkreises Freiberg Frauensteiner Str. 43 09599 Freiberg	BB: 29.05.2000	07.07.2000	20.04.2002	
251.	Pflegeheim Nieskyer Straße 1  02627 Weißenberg	Diakonischeswerk im Kirchenbezirk Bautzen e.V. Karl-Liebknecht-Straße 14 02625 Bautzen	BB: 19.07.2001	18.08.2001	07.03.2003	
252.	Pflegeheim Heimstraße 7 02708 Obercunnersdorf	ASB Ortsverband Löbau e.V. Güterstraße 14 02708 Löbau	BB: 08.03.2001	05.10.2001	04.05.2004	
253.	Pflegeheim  Lortzingstraße 1 02763 Zittau	Zittauer Alten- und Pflegeheim GmbH „St. Jakob“ Lortzingstraße 1 02763 Zittau	BB: 29.05.2001	28.09.2001	28.10.2005	
254.	Pflegeheim Hauptstraße 6 01768 Bärenstein	Pro Civitate e.V. Raguhner Straße 5 06800 Jeßnitz	BB: 23.01.2002	19.03.2002	28.04.2004	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
255.	Pflegeheim Grenzweg 8 02827 Görlitz	ASB Betreuungs- und Sozialdienste gGmbH Grenzweg 8 02827 Görlitz	BB: 14.05.2001	24.01.2002	21.03.2003	
256.	Pflegeheim „Matthias Claudius“ Max-Schäller-Straße 3 09122 Chemnitz	Stadtmision Chemnitz Glockenstraße 5 09130 Chemnitz	BB: 30.08.2000	01.11.2000	01.06.2004	
257.	Tagespflege im „Diakonie Seniorenzentrum Kranich“ Freiberger Straße 09575 Eppendorf	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Flöha Bahnhofstraße 8b 09557 Flöha	BB: 22.05.2000	30.06.2000	08/2001	
258.	Pflegeheim „Quellenhof“ Am Freibad 59 09429 Gehringwalde/ Warmbad	Senioren-Pflegeheim-GmbH Drewitz Hans-Albers-Straße 3 14482 Potsdam	BB: 24.08.2000	01.10.2000	16.09.2002	
259.	Kurzzeitpflege Hauptstraße 27 09618 Brand-Erbisdorf	Deutsches Rotes Kreuz KV Brand-Erbisdorf Annaberger Straße 5 09599 Freiberg	BB: 06.03.2000	29.05.2000	28.04.2001	
260.	Pflegeheim Fritzenhof Fritz-Heckert-Straße 58 09557 Flöha	Eigenbetrieb des Landkreises Freiberg Fraunsteiner Str. 43 09599 Freiberg	BB: 18.07.2000	02.04.2001	14.09.2002	
261.	Pflegeheim Wohngebiet Greifensteinstraße 261 09427 Ehrenfriedersdorfe	Arbeiterwohlfahrt Südsachsen gGmbH Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 22.02.2000	31.08.2001	01.02.2003	
262.	Pflegeheim Oberland Hofeweg 52 02730 Ebersbach	Feierabendheime in Sachsen GmbH Haussmannstraße 103 a 70188 Stuttgart	BB: 22.11.2002	01.03.2003	30.11.2004	
263.	Pflegeheim „Am Wald“ Rabensteiner Straße 14 09224 Chemnitz	Stadtmision Chemnitz Glockenstraße 5 09130 Chemnitz	BB: 29.11.2000	07.05.2001	01.06.2003	
264.	Pflegeheim „Haus Linde“ Langenfeld Weststraße 9 08485 Lengenfeld	Volksolidarität Reichenbach Solbrigstraße 16 08468 Reichenbach	BB: 24.06.2002	13.02.2003	01.03.2004	
265.	Pflegeheim „Wichernhaus“ Johannes-Wüsten-Str. 23 02826 Görlitz	Ev. Stiftung Wichernhaus Johannes-Wüsten-Str. 23 02826 Görlitz	BB: 08.09.2000	01.01.2001	11.04.2002	
266.	Pflegeheim „Am Spitzgrund“ Friedewaldstraße 10 01640 Coswig	MEISOP gGmbH Loosestraße 17/19 01662 Meißen	BB: 23.04.2001	12.07.2001	12.01.2005	
267.	Pflegeheim Parkweg 01561 Schönfeld	Alten- u. Pflegeheim in Zerbst GmbH & Co. KG Am Seniorenheim 2 01565 Schönfeld	BB: 03.06.2002	17.07.2003	30.09.2004	
268.	Pflegeheim Ebersbacher Weg 1 01561 Ebersbach/Rödern	AWO KV Riesa-Großenhain e.V. Berliner Straße 29 01587 Riesa	BB: 22.08.2001	02.11.2001	07.11.2003	
269.	Pflegeheim Kindergartenweg 1 02999 Lohsa	AWO Sachsen Soziale Dienste gGmbH Georg-Palitzsch-Str. 10 01239 Dresden	BB: 12.07.2001	23.01.2002	1/2003	
270.	Pflegeheim Seniorenhaus am Südhang Zum Muldenblick 11 04720 Döbeln	Stadtverwaltung Döbeln Obermarkt 1 04720 Döbeln	BB: 21.06.2001 ÄB: 16.10.2002	01.06.2001	11.11.2002	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
271.	Pflegeheim „Am Alten Krankenhaus“ Jahnstraße 04509 Delitzsch	Seniorenpflege und Wohnen Delitzsch GmbH Dübener Starße 3-9 04509 Delitzsch	BB: 14.12.2001	31.05.2002	11.07.2003	
272.	Pflegeheim  Walter-Stöcker-Straße 8a 04838 Eilenburg	DRK KV Eilenburg e.V.  Bernardistr. 15 04838 Eilenburg	BB: 20.11.2000 ÄB: 30.04.2002	10.02.2001	1. BA: 16.12.2002 2. BA: 11.09.2004	
273.	Altenpflegeheim  Zum Heim 3 01612 Glaubitz	Volkssolidarität Riesa-Großenhain e.V. Bahnhofstraße 25 01587 Riesa	BB: 17.10.2002	08.04.2003	08.07.2004	
274.	Pflegeheim für Schwerstmehrfachgeschädigte  Hufelandstraße 15 01477 Arnsdorf	Freistaat Sachsen Sächsisches Ministerium für Soziales, Albertstraße 10 01097 Dresden	BB: 13.05.2002	01.12.2002	02.10.2004	
275.	Pflegeheim für Schwerstmehrfachgeschädigte Nr. 41  02708 Großschweidnitz	Freistaat Sachsen Sächsisches Ministerium für Soziales Albertstraße 10 01097 Dresden	BB: 15.11.2001 VV: 14.07.1999	01.05.2002	13.11.2003	
276.	Pflegeheim „Friedrich Bodelschwingh“ Leßkestraße 12 01705 Freital	Diakonisches Werk Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 19.09.2002	05.05.2003	01.01.2006	
277.	Vollst. Pflege- einrichtung für Schwerstmehrfach- geschädigte Nordstraße 04758 Oschatz	Lebenshilfe e.V. Regionalvereinigung Oschatz  E.-Schneller-Straße 14 04758 Oschatz	BB: 30.03.1999 VV: 01.01.2001	15.10.1999	21.05.2001	
278.	Pflegeheim  Naunhofer Straße 14 04299 Leipzig	Eigenbetrieb der Stadt Leipzig, Städt. Altenpflegeheime Am Elsterwehr 04299 Leipzig	BB: 15.04.2002	19.07.2002	29.09.2003	
279.	Pflegeheim „Sonnenhof“ Kurzwalder Straße 04889 Schildau	Volkssolidarität Kreisverband Oschatz e.V. Strehlaer Straße 53 03758 Oschatz	BB: 24.04.2002	13.05.2001	01.06.2003	
280.	Pflegeheim Nieskyer Straße 12 02894 Reichenbach	Diakoniewerk Martinstift e.V. Nieskyer Straße 12 02894 Reichenbach	BB: 10.08.2001	01.10.2001	01.10.2002	
281.	Kurzzeitpflege  Friedrich-Engels-Straße 15 01809 Heidenau	Johanniter Seniorenheim Heidenau GmbH Friedrich-Engels-Str. 15 01809 Heidenau	BB: 10.09.2001	15.05.2003	31.03.2004	
282.	Tagespflege Schulweg 1 01561 Thiendorf	DRK KV Großenhain e.V. Bobersbergstraße 14 01558 Großenhain	BB: 10.10.2001	10.12.2001	01.12.2002	
283.	Pflegeheim am grünen Ring Heinrich-Heine-Platz 7 02763 Zittau	AWO Kreisverband Oberlausitz e.V. Straße der Jugend 2 02708 Löbau	BB: 29.08.2001	30.10.2002	01.05.2004	
284.	Pflegeheim Pflegestation Wachkoma Eisenbahnstraße 14 08209 Auerbach	Arbeiterwohlfahrt Soziale Dienste Vogtland gGmbH Eisenbahnstraße 14 04209 Auerbach	BB: 26.09.2001	02.11.2001	04.12.2002	
285.	Pflegeheim  Eisenbahnstraße 14 08209 Auerbach	Arbeiterwohlfahrt Soziale Dienste Vogtland gGmbH Eisenbahnstraße 14 04209 Auerbach	BB: 26.09.2001	02.11.2001	04.12.2002	



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
286.	Pflegeheim „Maria-Magdalena-Haus“ Gärtnerieweg 41 08528 Weischlitz	Diakonisches Werk Plauen Friedenstraße 24 08523 Plauen	BB: 02.10.2001	07.11.2001	03.03.2003	
287.	Pflegeheim Rasmussenstraße 8 09405 Zschopau	Die Sozialbetriebe des Mittl. Erzgebirgskreises Blumenauer Straße 95 09526 Olbernhau	BB: 21.12.2001	01.07.2002	01.07.2003	
288.	Pflegeheim Pflegestation Wachkoma Rasmussenstraße 8 09405 Zschopau	Die Sozialbetriebe des Mittl. Erzgebirgskreises Blumenauer Straße 95 09526 Olbernhau	BB: 21.12.2001	01.07.2002	01.07.2003	
289.	Pflegeheim „Am Rittergut“ Hainichener Straße 11 09669 Frankenberg	Z & L Pflege GmbH Goldene Aussicht 22 OT Stein 09306 Königshain-Wiederau	BB: 22.05.2001	01.07.2001	22.11.2002	
290.	Pflegeheim „Am Lehngrund“ Am Lehngrund 3 08371 Glauchau	Städtisches Altenheim Glauchau gGmbH Am Bürgerpark 1 08371 Glauchau	BB: 29.08.2000	(hier nur Ausstattung)	05.02.2001	
291.	Pflegeheim Deutschlandschachtstr. 6 09376 Oelsnitz/E.	CURA Seniorenzentrum Oelsnitz gGmbH Iflandstraße 4 22087 Hamburg	BB: 02.07.2002	17.10.2002	13.02.2004	
292.	Altenpflegeheim Hohe Straße 5 08301 Schlema	Diakonisches Werk Aue Erlaer Straße 5 08340 Schwarzenberg	BB: 12.02.2002	07.06.2002	28.11.2003	
293.	Pflegeheim Oststraße 126 08393 Meerane	KURSANA gBetriebsgesellschaft f. Sozialeinrichtungen Friedrichstraße 90 10117 Berlin	BB: 22.10.2001	01.04.2002	24.09.2004	
294.	Pflegeheim 2. Bauabschnitt Zur Mühle 21 09306 Schweikershain	Landkreis Mittweida Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 28.11.2002 ÄB: 02.02.2004	01.04.2004	08.08.2004	
295.	Pflegeheim Eislebener Straße 09126 Chemnitz	Caritasverband für Chemnitz und Umgebung e.V. Ludwig-Kirsch-Straße 13 09130 Chemnitz	BB: 22.11.2002	01.07.2003	22.06.2005	
296.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Sternenstraße 5 08066 Zwickau	Senioren- u. Seniorenpflegeheim gGmbH Zwickau Talstraße 5 08066 Zwickau	BB: 22.08.2001	01.09.2001	18.10.2002	
297.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Herderstraße 6 09120 Chemnitz	ASB OV Chemnitz und Umgebung Herderstraße 6 09120 Chemnitz	BB: 18.04.2002	20.09.2002	28.11.2003	
298.	Tagespflegeeinrichtung Reißiger Str. 50 08523 Plauen	Volkssolidarität Plauen/ Oelsnitz e.V. Reißiger Straße 50 08523 Plauen	BB: 18.11.2002	17.02.2003	01.08.2003	
299.	Pflegeheim Wohngebiet Adam Ries Nr. 23 09456 Annaberg-Buchholz	Große Kreisstadt Annaberg-Buchholz Markt 1 09456 Annaberg-Buchholz	BB: 14.11.2002	01.04.2002	28.09.2004	
300.	Pflegeheim Johanna Rau Kurt-Handwerk-Str. 1 09599 Freiberg	Seniorenheime Freiberg HSB gGmbH Chemnitzter Straße 64 09599 Freiberg	BB: 05.07.2002	02.09.2002	14.02.2004	
301.	Pflegeheim Dr.-Friedrich-Wolf-Str. 1 08523 Plauen	K & S Dr. Krantz Sozialbau und Betr. GmbH & Co KG Hauptstraße 53-56 04886 Großtreben	BB: 05.12.2002	01.09.2003	01.11.2004	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
302.	Pflegeheim Jahnstraße 32 08248 Klingenthal	CURA Seniorencentrum Klingenthal GmbH Holzdamm 28 - 32 20099 Hamburg	BB: 27.05.2002	15.09.2002	12.01.2005	
303.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Einsteinstraße 2 09669 Frankenberg	Diakonisches Werk im Kirchbezirk Flöha Bahnhofstraße 8b 09557 Flöha	BB: 16.10.2002	06.01.2003	09.06.2004	
304.	Pflegeheim Einsteinstraße 2 09669 Frankenberg	Diakonisches Werk im Kirchbezirk Flöha Bahnhofstraße 8b 09557 Flöha	BB: 16.10.2002	06.01.2003	09.06.2004	
305.	Pflegeheim Südstraße 09648 Mittweida	AWO Südsachsen gemeinnützige GmbH Am Landratsamt 3 09648 Mittweida	BB: 03.06.2002	19.12.2002	04.11.2003	
306.	Pflegeheim „Am Wasserturm“ Heinrich-Mauersberger-Ring 23 09212 Limbach-Oberfrohna	Landkreis Chemnitzer Land Postfach 100 08362 Glauchau	BB: 15.01.2001	02.05.2001	29.04.2002	
307.	Tagespflege Alte Poststraße 2 09456 Annaberg-Buchholz	Diakoniser Verein f. ambulante sozialpfl. Dienste e.V. Alte Poststraße 2 09456 Annaberg-Buchholz	BB: 11.09.2002	03.03.2003	15.12.2003	
308.	Kurzzeitpflege Kesselsdorfer Str. 143 01169 Dresden	Dresdner Kurzzeitpflege GmbH Rosenbergstraße 14 01277 Dresden	BB: 22.11.2002	12.05.2003	15.03.2004	
309.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Böhmisches Eck 1 01896 Pulsnitz	Karpiuk & Ziller GbR Böhmisches Eck 1 01896 Pulsnitz	BB: 02.10.2001	01.02.2002	05.06.2002	
310.	Pflegeheim „St. Georg“ Bernhardweg 2 01917 Kamenz	Katholisches Pfarrei „St. Maria Magdalena“ Talstraße 14 01917 Kamenz	BB: 14.11.2002	01.06.2003	27.01.2005	
311.	Pflegeheim „Am Auenwald“ Richard-Lehmann-Straße 11-13 04257 Leipzig	Eigenbetrieb der Stadt Leipzig Am Elsterwehr 11 04109 Leipzig	BB: 02.12.2002	01.09.2003	01.06.2005	
312.	Tagespflege Lindenauer Straße 5 01640 Coswig	Frau Uta Seidel Mühlenhügel 16 01640 Coswig	BB: 19.09.2002	01.11.2002	27.09.2003	
313.	Pflegeheim Dr.-S.-Allende-Straße 106 02625 Bautzen	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Bautzen e.V. Karl-Liebknecht Straße 14 02625 Bautzen	BB: 02.12.2002	24.10.2003	21.01.2005	
314.	Zentralküche Pflegeheim (Nr. 167) Mühlengasse 10 02929 Rothenburg	Martinshof Rothenburg Diakoniewerk Mühlengasse 10 02929 Rothenburg	BB: 15.10.2002	24.02.2003	13.06.2004	
315.	Kurzzeitpflege Pillnitzer Landstraße 78a 01326 Dresden	Via-vitam gGmbH Bischofswerdaer Straße 1a 01099 Dresden	BB: 29.11.2002	07.07.2003	02.07.2004	
316.	Pflegeheim Rudolph-Breitscheid-Str. 01587 Riesa	Große Kreisstadt Riesa Rathausplatz 1 01589 Riesa	BB: 15.10.2002	30.01.2003	02.06.2004	
317.	Zentralküche Pflegeheim (Nr. 222) Mühlengasse 10 02929 Rothenburg	Martinshof Rothenburg Diakoniewerk Mühlengasse 10 02929 Rothenburg	BB: 29.10.2002	24.02.2003	13.06.2004	

ffd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
318.	Pflegeheim „Olga Körner“ Geystraße 19 01217 Dresden	Landeshauptstadt Dresden Postfach 120 020 01001 Dresden	BB: 29.11.2002	28.04.2003	15.06.2005	
319.	Pflegeheim Kastanienallee 2 01796 Pirna/OT Graupa	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Pirna e.V. Rosa-Luxemburg-Str. 29 01796 Pirna	BB: 14.11.2002	24.03.2003	24.09.2004	
320.	Pflegeheim Bernstadt Alfred-Klose-Straße 16a 02748 Bernstadt	Marianne Lutzenberger Riedstraße 12 86152 Augsburg	BB: 29.11.2002	18.09.2003	22.10.2004	
321.	Pflegeheim Am Pflanzgarten 1 01848 Hohnstein	ASB OV Neustadt e.V. Berthelsdorfer Straße 21 01844 Neustadt	BB: 15.10.2002	13.12.2002	04.05.2003	
322.	Pflegeheim Berliner Chaussee 19 02953 Bad Muskau	Kursana gGmbH Mauerstraße 85 10117 Berlin	BB: 27.11.2002 AB: 16.10.2003	02.06.2004	16.07.2005	
323.	Pflegeheim „Seniorenhaus Wiesenau“ Straße der Befreiung 08141 Reinsdorf	Seniorenhaus Wiesenau GmbH Stiftsweg 11 08118 Hartenstein	BB: 05.12.2002	20.06.2003	16.08.2004	
324.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Am Seniorenheim 2 02791 Oderwitz	Alten- und Pflegeheim in Zerbst GmbH u Co. BetriebsKG Am Seniorenheim 2 02791 Oderwitz	BB: 22.11.2002	25.09.2003	18.11.2004	
325.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Teichweg 7 01731 Kreischa/OT Gombsen	Klinik Bavaria GmbH Dresdner Straße 12 01731 Kreischa	BB: 11.12.2002	14.02.2004	01.07.2004	
326.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma „Bodelschwingh“ Leßkestraße 12 01705 Freital	Diakonisches Werk Stadtmission Dresden e.V. Glacisstraße 44 01099 Dresden	BB: 19.09.2002	05.05.2003	25.06.2004	
327.	Pflegeheim - Franke Haus - Mühlengasse 10 02929 Rothenburg	Martinshof Rothenburg Diakoniewerk Mühlengasse 10 02929 Rothenburg	BB: 14.10.2002	24.02.2003	01.07.2003	
328.	Pflegeheim „Am Berg“ Ringstraße 13 08294 Löbnitz	Johanniter-Unfall-Hilfe LV Sachsen Stehensonstraße 12-14 01257 Dresden	BB: 17.10.2002	02.12.2002	11.06.2004	
329.	Pflegeheim „Am Bürgerpark“ Hirtenweg/Neuländer Straße 01640 Coswig	MEISOP gGmbH Loosestraße 17/19 01662 Meißen	BB: 12.11.2002	29.10.2003	02.09.2004	
330.	Pflegeheim Zwickauer Straße 09366 Stollberg	Diakonisches Werk Stollberg e.V. Bahnhofstraße 1 09366 Stollberg	BB: 20.12.2002	01.08.2003	06.01.2005	
331.	Pflegeheim Mittweida Lauenhainer Straße 104 09648 Mittweida	DRK KV Hainichen e.V. Feldstraße 6 09661 Hainichen	BB: 23.08.2002	01.09.2002	04.06.2004	
332.	Pflegestation für Menschen im Wachkoma Forststraße 5-6 09638 Lichtenberg	Pflegeheim Lichtenberg gGmbH Nr. 10 09544 Neuhausen	BB: 17.05.2002	27.05.2002	28.03.2003	
333.	Pflegeheim Karl-Günzel-Straße 1 09599 Freiberg	AWO KV Freiberg e.V. Forstweg 67 09599 Freiberg	BB: 25.06.2002	07.11.2002	30.08.2003	

## Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflege-VG für Sachsen-Anhalt

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschleid vom (Änderungsbescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
1.	Pflegeheim „Am Galgenberg“ 06628 Bad Kösen	LAZARUS Kranken- und Diakonissenhaus zu Berlin Bernauer Str. 115 - 118 13355 Berlin	BB: 18.12.1995 ÄB: 04.07.1996	04.08.1994	01.07.1997	
2.	Pflegeheim „Neue Heimat“ Holzhausener Str. 7 39629 Bismark	Diakonieverein Bismark e.V. Holzhausener Str. 7 39629 Bismark	BB: 15.12.1995	21.09.1994	13.09.1996	
3.	Pflegeheim Genthin-Wald 39307 Genthin	Johanniter-Krankenhaus gGmbH Karower Str. 3 39307 Genthin	BB: 15.12.1995	01.07.1994	01.02.1997	
4.	Pflegeheim Johanniter-Haus Tiedgestr. 14 39638 Gardelegen	Johanniter-Haus Gardelegen e.V. Tiedgestr. 14 39638 Gardelegen	BB: 18.12.1995	01.07.1994	15.05.1997	
5.	Pflegeheim „Marienstift“ Hallesche Str. 52 06536 Roßla	Evang. Alters- und Pflegeheim „Marienstift“ Hallesche Str. 52 06536 Roßla	BB: 22.08.1997	12/1997	20.08.1999	30.09.2000
6.	Pflegeheim St. Johannes Luisenplatz 9 39418 Staßfurt	Caritaträgergesellschaft „St. Mauritius“ gGmbH Langer Weg 63 39104 Magdeburg	BB: 19.03.1996 ÄB: 23.04.1998	10/1996	25.04.1998	29.04.1999
7.	Pflegeheim Georg Schleusner Bachstr. 10 06886 Lutherstadt-Wittenberg	Paul-Gerhard-Stiftung Postfach 75 Paul-Gerhard-Str. 42-45 06886 Lutherstadt-Wittenberg	BB: 22.08.1995 ÄB: 07.05.2002	01.10.1994	18.07.1997	
8.	Pflegeheim An der Kesselspringe 10 39279 Loburg	Einrichtungen der Provinzial - Sächsischen Genossenschaft des Johanniterordens GmbH Gartenstraße 22 39638 Gardelegen	BB: 08.04.1998	26.05.1999	02.04.2001	10.12.2001
9.	Pflegeheim 06905 Bad Schmiedeberg	Augustinuswerk e.V. Melanchthonstr. 6-8 06886 Lutherstadt Wittenberg	BB: 27.05.1997	10.10.1997	16.06.1999	25.05.2000
10.	Pflegeheim der Kanzler von Pfau'schen Stiftung Kustrenaerstr. 13-15 06406 Bernburg	„Kanzler von Pfau'sche Stiftung“ Kustrenaerstr. 9 06406 Bernburg	BB: 14.12.1995 ÄB: 22.04.1997	01.04.1996	28.05.1998	27.05.1999
11.	Pflegeheim „Luisenhaus“ Humboldtstr. 11 06618 Naumburg	Katholische Pfarrgemeinde „St. Peter und Paul“ Salzstr. 26 06618 Naumburg	BB: 17.02.1997 ÄB: 29.08.2001	18.06.1997	31.12.2000	27.07.2001
12.	Tagespflege Dorfstraße 30 39517 Lüderitz	DPWV Regionalstelle Altmark Osterburgstraße 4 39576 Stendal	BB: 29.12.1995	01.04.1996	01.11.1996	15.12.1997
13.	Tagespflege Friedensstraße 6 39228 Burg	DRK Jerichower Land e.V. In der alten Kaserne 13 39228 Burg	BB: 27.11.1995	15.06.1996	01.07.1997	20.01.1998
14.	Pflegeheim „Walter Rathenau“ Osterburger Str. 4 39576 Stendal	DPWV Regionalstelle Altmark Osterburgerstraße 4 39576 Stendal	BB: 13.08.1996	24.10.1996	01.11.1997	26.02.1999
15.	Pflegeheim „St. Georgi“ Hans-Löschner-Str. 30 39108 Magdeburg	SALUS gGmbH Halberstädter Str. 40a 39112 Magdeburg	BB: 04.12.1996 ÄB: 25.08.2000	01.08.1997	01.12.1998	
16.	Pflegeheim Am Kellerberg 2 06925 Annaburg	DRK Kreisverband Wittenberg e.V. Am Alten Bahnhof 11 06886 Lutherst. Wittenberg	BB: 08.07.1996	27.09.1996	14.09.1998	25.10.1999

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
17.	Pflegeheim Hugo-Gast-Siedlung 4 39444 Hecklingen	DRK Kreisverband Staßfurt e.V. Bodestraße 35 39418 Staßfurt	BB: 13.12.1995	12/1995	23.07.1996	
18.	Pflegeheim „Waldfrieden“ Magdeburger Str. 38489 Oebisfelde	Diakonisches Werk Wolfsburg e.V. Anemonenweg 16 38446 Wolfsburg	BB: 05.06.1996	10.09.1996	28.05.1998	22.12.1998
19.	Pflegeheim An der Ihle 39291 Friedensau	Advent-Wohlfahrtswerk Alten- und Seniorenwohnheim Friedensau e.V. 39291 Friedensau	BB: 01.02.1996	01.12.1996	01.12.1997	22.12.1998
20.	Pflegeheim „Hagental“ 06507 Gernrode	Stephanus Stiftung Albertinenstr. 20-23 13086 Berlin	BB: 04.12.1996	01.04.1997	01.08.1998	27.07.1999
21.	Pflegeheim 06774 Schlaitz	DRK Kreisverband Bitterfeld Mittelstr. 31a 06749 Bitterfeld	BB: 17.02.1997	15.05.1997	29.04.1998	03.03.1999
22.	Pflegeheim „St. Stephanus“ Am Langenkamp 10 38835 Osterwieck	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Halberstadt e.V. Johannesbrunnen 25 38820 Halberstadt	BB: 10.04.1995	01.10.1995	30.05.1997	13.05.1998
23.	Pflegeheim Neustädter Str./ Semmelweisstr. 39539 Havelberg	Landesausschuß für Innere Mission Berliner Str. 148 14467 Potsdam	BB: 08.04.1998	25.08.1998	20.12.1999	31.07.2000
24.	Pflegeheim „Haus Budenberg“ Budenbergstr. 9 39104 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städtische Seniorenwohnanlage u. Pflegeheime“ Mozartstraße 6 39106 Magdeburg	BB: 15.12.1995	01.05.1996	01.09.1997	30.11.1998
25.	Pflegeheim „Käthe Kollwitz“ Niedersachsenplatz 4 06126 Halle	DRK Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Rudolf-Breitscheid-Str. 80 06110 Halle	BB: 08.07.1996	01.10.1996	10.02.1999	31.03.2000
26.	Pflegeheim Magdeburger Str. 1 39175 Wahlitz	Diakonieverein Heimverbund Burghof e.V. Burghof 1 39218 Schönebeck	BB: 26.11.1998 ÄB: 16.08.2000 ÄB: 03.12.2001	06.09.1999	26.04.2001	25.10.2001
27.	Pflegeheim „Heilig-Geist-Stift“ Hallesche Str. 38 06295 Lutherstadt-Eisleben	„Kanzler von Pfau´sche Stiftung“ Kustrenerstraße 9 06406 Bernburg	BB: 15.02.1996	01.05.1996	01.09.1997	28.04.1999
28.	Pflegeheim Amsfreiheit 15 - 17 39619 Arendsee	DPWV Regionalstelle Altmark Osterburgstraße 4 39576 Stendal	BB: 14.11.1996	01.12.1996	01.12.1997	20.04.1999
29.	Pflegeheim Ascherslebener Str. 25 06456 Sandersleben	Kuratorium der Espenhahn-Stiftung Ascherslebener Str. 25 06456 Sandersleben	BB: 10.07.1997	20.11.1997	15.12.1998	28.09.1999
30.	Pflegeheim „Abendfrieden“ 39167 Niederroddeleben	Altenhilfe Niederroddeleben e.V. Friedensstr. 7a 39167 Niederroddeleben	BB: 21.07.1997	01.02.1998	01.02.1999	27.03.2000
31.	Pflegeheim Lutherstift Sidenbüdel 7 39576 Stendal	Einrichtungen der Provinzial - Sächsischen Genossenschaft des Johanniterordens GmbH Gartenstraße 22 39638 Gardelegen	BB: 13.05.1997	17.12.1997	10.11.1999	31.07.2000
32.	Pflegeheim Große Ritter Str. 06780 Zörbig	Caritasverband für das Bischöfliche Amt Magdeburg e.V. Langer Weg 65 - 66 39112 Magdeburg	BB: 06.12.1996	01.03.1997	15.12.1998	20.03.2000

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
33.	Pflegeheim Steigerstr. 12 06308 Benndorf	Volkssolidarität Verwaltungs gGmbH Leipziger Straße 16 39112 Magdeburg	BB: 05.12.1996 ÄB: 23.03.2000	01.05.1997	23.11.1998	30.11.2000
34.	Ambulanter Pflegedienst Rathausstr. 23/24 06779 Raguhn	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Dessau e.V. Georgenstr. 13 - 15 06844 Dessau	BB: 11.05.1998	1998	03.09.1998	09.12.1998
35.	Pflegeheim Comeniusweg 9 39249 Gnadau	Europäisch-Festländische Brüder-Unität Direktion Sitz Herrengut Postfach 20 02745 Herrengut	BB: 10.06.1996	22.09.1997	30.09.1999	31.07.2000
36.	Tagespflege + Sozialstation Hettstedter Str. 1 06124 Halle-Neustadt	Volkssolidarität 1990 e.V. Reiler Str. 54 06114 Halle/Saale	BB: 15.07.1997	01.10.1997	04.01.1999	22.12.1999
37.	Pflegeheim „St. Laurentius“ Merseburger Str. 19 06667 Weißenfels	Diakonischer Verein „St. Laurentius“ e.V. Merseburger Str. 44 06667 Weißenfels	BB: 21.11.1996	13.04.1997	05.03.1999	15.05.2000
38.	Tagespflege Feldstraße 39638 Gardelegen	Volkssolidarität Verwaltungs gGmbH Leipziger Straße 16 39112 Magdeburg	BB: 29.11.1996	01.12.1996	01.06.1997/31.08.1998	
39.	Pflegeheim 39249 Barby	AWO-Kreisverband Schönebeck e.V. Otto-Kohle-Str. 23 39218 Schönebeck	BB: 21.04.1997	19.09.1997	14.08.1998	30.11.2000
40.	Pflegeheim „Sonnenhof“ Kastanienstr. 29 39646 Dolle	Blindenförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH Postfach 60 39028 Magdeburg	BB: 13.12.1996 ÄB: 23.07.1997	01.08.1997	31.05.1999	20.01.2000
41.	Tagespflege Meisterstr. 7 39453 Egeln	DPWV-Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Halberstädter Str. 168 - 172 39112 Magdeburg	BB: 11.06.1997	15.09.1997	12.10.1998	03.11.1999
42.	Pflegeheim Beesener Str. 14-16 06110 Halle	„Akazienhof“ gemeinnützige Heimgesellschaft der Stadt Halle mbH Beesener Str. 15 06110 Halle	BB: 18.12.1995 ÄB: 11.03.1997	07.02.1997	13.03.1998	26.02.2001
43.	Tagespflege Kirchgasse 3 06237 Leuna	AWO-Kreisverband Merseburg e.V. Oeltzschnerstr. 61d 06217 Merseburg	BB: 14.12.1995	15.01.1996	22.05.1997	04.12.1997
44.	Pflegeheim Amesdorferstr. 39439 Güsten	DRK-Kreisverband Bernburg e.V. Semmelweisstr. 27/28 06406 Bernburg	BB: 15.07.1997	11.08.1997	02.10.1999	29.09.2000
45.	Pflegeheim Oberhütte 37 06295 Lutherstadt-Eisleben	Seniorenresidenz im Park GmbH Pfännerhöhe 65 06110 Halle/Saale	BB: 16.07.1996	01.10.1996	23.01.1998	
46.	Pflegeheim „Lindenhof“ Beesener Str. 227 06110 Halle	AWO Kreisverband e.V. Zerbster Str. 14 06124 Halle	BB: 31.01.1996	25.06.1996	14.05.1998	15.05.1999
47.	Pflegeheim „Paul-Zincke“ Hesekielstr. 7a 39112 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städtische Seniorenwohnanlage u. Pflegeheime“ Mozartstraße 6 39106 Magdeburg	BB: 24.11.1995	01.08.1996	31.08.1998	24.09.1999
48.	Pflegeheim „Marienstift“ Stiftsberg 4 06712 Zeitz	Katholische Pfarrgemeinde „St. Peter und Paul“ Schloßstr. 7 06712 Zeitz	BB: 02.09.1997 ÄB: 07.09.1999	25.03.1998	26.07.1999	10.03.2000



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
49.	Pflegeheim „Am Georgengarten“ Georgenallee 41 06846 Dessau	Stadt Dessau  Postfach 14 25 06844 Dessau	BB: 17.02.1997 ÄB: 03.03.1998	02.10.1997	22.03.1999	22.11.1999
50.	Pflegeheim „Sonneck-Harzfriede“ Nöschenröder Straße 48 38855 Wernigerode	Kirchenkreis Wernigerode  Oberpfarrkirchhof 8 38855 Wernigerode	BB: 15.05.1996	08.11.1996	09.09.1998	25.10.1999
51.	Pflegeheim Hospitalstr. 2 38895 Derenburg	St.-Katharinen-Hospital Hospitalstr. 2 38895 Derenburg	BB: 18.07.1997	16.05.1997	30.07.1999	26.10.2000
52.	Pflegeheim „Süd“ Hans-Neupert-Str. 65 38820 Halberstadt	Gemeinnützige Gesellschaft des ASB mbH Hans-Neupert-Str. 65 38820 Halberstadt	BB: 18.04.1997	02.03.1998	31.05.2000	25.05.2001
53.	Pflegeheim  Lindenstr. 13 39443 Lößnitz	DPWV Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Halberstädterstr. 168 - 172 39116 Magdeburg	BB: 10.07.1996	01.09.1996	17.10.1997	30.10.1999
54.	Pflegeheim Johanniter Haus Sängerhäuser Straße 34 a 06943 Mansfeld	Johanniter-Haus Mansfeld e.V. Sängerhäuser Str. 34 a 06343 Mansfeld	BB: 13.03.1997 ÄB: 12.03.1997	09.06.1997	14.10.1998	28.01.2000
55.	Tagespflege Haus 15  Beesener Str. 14-16 06100 Halle/Saale	„Akazienhof“ gemeinnützige Heimgesellschaft der Stadt Halle am Melanchthonplatz mbH Beesener Str. 15 06110 Halle	BB: 29.07.1996 ÄB: 12.03.1997	01.11.1998	01.12.1999	25.01.2001
56.	Pflegeheim Bischof-Weskamm-Haus Neustädter Bierweg 2/11 39110 Magdeburg	Caritas Trägergesellschaft „St. Mauritius“ gGmbH Langer Weg 63 39104 Magdeburg	BB: 19.03.1998	15.09.1998	09.12.1999	30.06.2000
57.	Pflegeheim „Haus Elisabeth“ Burghof 1 39218 Schönebeck	Diakonieverein Heimverbund Burghof e.V. Burghof 1 39218 Schönebeck	BB: 30.09.1997	21.03.1998	23.06.1999	08.06.2000
58.	Pflegeheim „Haus Saaleufer“ Böllberger Weg 150 06128 Halle-Neustadt	Volkssolidarität 1990 e.V.  Reilstraße 54 06114 Halle	BB: 10.11.1997 ÄB: 30.03.1998	01.01.1998	05.08.1999	14.12.2001
59.	Pflegeheim „Clara Zetkin“ Mündener Str. 20 06126 Halle	AWO-Landesverband e.V. Klausenerstr. 17 39112 Magdeburg	BB: 28.05.1998	11.01.1999	26.06.2000	
60.	Pflegeheim Holleben-Benkendorf Rosa-Luxemburg-Str. 9 06198 Holleben	Altenwohnenzentrum Holleben-Benkendorf e.V. Rosa-Luxemburg-Str. 9 06198 Holleben	BB: 01.10.1997	10.12.1998	05.12.1999	28.09.2000
61.	Pflegeheim  Suderöde Straße 20 06507 Stecklenberg	DRK-Kreisverband Quedlinburg Halberstadt e.V. Ballstr. 22 06484 Quedlinburg	BB: 09.12.1996	28.04.1997	15.06.1998	26.11.1999
62.	Kurzzeit- und Tagespflege Semmelweisstr. 6 06712 Zeitz	Stiftung „Seniorenhilfe“ Zeitz Schützenplatz 22 06712 Zeitz	BB: 03.03.1997	12.05.1997	26.01.1998	01.04.1999
63.	Pflegeheim „Bethanien“ Pfeifferstr. 10 39114 Magdeburg	Pfeiffersche Stiftungen Pfeifferstr. 10 39114 Magdeburg	BB: 09.12.1996	20.05.1997	14.01.1999	30.11.1999
64.	Kurzzeit- und Tagespflege Kantstraße 1 06110 Halle/Saale	Paul-Riebeck-Stiftung Kantstraße 1 06110 Halle/Saale	BB: 16.10.1998 ÄB: 02.02.1999	01.06.1998	31.08.1999	17.07.2000
65.	Tagespflegeeinrichtung/ ambulanter Pflegedienst Werkstraße 17/18 06679 Hohenmölsen	DRK - Kreisverband Weißenfels e.V. Postfach 89 06652 Weißenfels	BB: 29.01.1998	26.05.1998	16.06.1999	17.04.2000

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
66.	Pflegeheim „Am Malzmühlenfeld“ Am Malzmühlenfeld 39218 Schönebeck	Sozialkonzept Magdalenenhof gemeinnütz. Gesellschaft sozialer Einrichtungen mbH Alter Flughafen 16 30179 Hannover	BB: 19.03.1998	27.11.1998	05.10.2000	31.05.2001
67.	Behindertenpflegeheim „Haus Sonnenschein“ Schloß Hoym 06467 Hoym	Schloß Hoym e.V.  Rosa-Luxemburg-Platz 6 06467 Hoym	BB: 26.08.1996	18.10.1996	30.01.1998	24.07.1998
68.	Pflegeheim  Am Lerchenberg 108 - 110 06886 Lutherstadt Wittenberg	Senioren- und Pflegezentrum gGmbH Lerchenbergstr. 108 06886 Lutherstadt Wittenberg	BB: 30.09.1997	01.11.1997	19.01.1999	30.08.1999
69.	Pflegeheim Schillerstr. 29410 Salzwedel	Seniorenzentrum VITA GmbH Goethestr. 4 29410 Salzwedel	BB: 04.11.1997	02.12.1997	09.08.1999	23.05.2000
70.	Altenpflegeheim  Am Schützenplatz 22 06712 Zeitz	Stiftung Seniorenhilfe Zeitz Am Schützenplatz 22 06712 Zeitz	BB: 04.11.1997	11.05.1998	03.12.1999	22.01.2001
71.	Pflegeheim Nord  Hospitalstr. 5-8 38820 Halberstadt	Diakonissen-Mutterhaus Cecilienstift Halberstadt Am Cecilienstift 1 38820 Halberstadt	BB: 21.03.1998 ÄB: 29.05.2001	01.08.1998	11.12.2000	27.07.2001
72.	Tagespflege in Verbindung mit ambulanten Pflegedienst Pfaffengasse/Marshallstr. 06886 Lutherstadt Wittenberg	AWO Kreisverband Wittenberg e.V. Str. d. Völkerfreundschaft 129 06886 Lutherstadt Wittenberg	BB: 08.04.1998	01.05.1998	01.08.2000	28.02.2001
73.	Tagespflege „Caroline König Stift“  Salzbergstr. 6b 38855 Wernigerode	Gemeinnützige Gesellschaft f. Sozialeinrichtungen Wernigerode mbH Salzbergstr. 6b 38855 Wernigerode	BB: 21.03.1998	31.08.1998	15.02.1999	28.05.1999
74.	Pflegeheim Alte Siedlung 06425 Alsleben	ASB Kreisverband Bernburg Zepziger Str. 19 06406 Bernburg	BB: 06.05.1998	01.05.1998	12.08.1999	16.11.1999
75.	Pflegeheim „St. Cyriaci et Antonii“ Glauchauer Str. 69/70 06110 Halle	Stiftung „Hospital St. Cyriaci et Antonii“ zu Halle Glauchauer Str. 68 06110 Halle	BB: 27.03.1998	20.08.1998	01.01.2000	10.08.2000
76.	Pflegeheim „St. Josefinum“ Waldstraße 3 39340 Haldensleben	Caritas-Trägerschaft „St. Mauritius“ gGmbH Langer Weg 63 39112 Magdeburg	BB: 10.08.1998	18.03.1999	16.06.2000	27.11.2000
77.	Pflegeheim „Haus Hettstedt“ Franz-Schubert-Str. 20 06333 Hettstedt	Landkreis Mansfelder Land Lindenstraße 56 06295 Lutherstadt Eisleben	BB: 10.08.1998 ÄB: 25.05.1999	07.12.1998	04.07.2001	28.02.2002
78.	Pflegeheim  Auf der Burg 12 39397 Schwanebeck	Pro Civitate e.V. Verein zur Förderung der gemeinwesen orientierten Behinderten-, Altenhilfe- und Krankenpflege e.V. Auf der Burg 12 39397 Schwanebeck	BB: 28.07.1998	16.11.1998	06.12.1999	16.08.2000
79.	Pflegeheim „Oesig“  Adolf-Ledebur-Ring 2 38889 Blankenburg	Gemeinnütziger Verein für Sozialeinrichtungen Blankenburg e.V. Adolf-Ledebur-Ring 2 38889 Blankenburg	BB: 18.11.1998	26.04.1999	30.08.2001	28.06.2002
80.	Pflegeheim „Burgbreite“  Platz des Friedens 7 38855 Wernigerode	Gemeinnützige Gesellschaft für Sozialeinrichtungen Wernigerode mbH Salzbergstraße 6b 38855 Wernigerode	BB: 10.08.1998	08.03.1999	11.12.2000	22.04.2002

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
81.	Pflegeheim Lange Straße 38 06366 Köthen	Stadtverwaltung Köthen Marktstr. 1-3 06366 Köthen	BB: 27.11.1998	17.05.1999	28.05.2001	30.05.2002
82.	Pflegeheim  06420 Könnern	VS Verwaltungs gGmbH Sachsen-Anhalt Leipziger Straße 16 39116 Magdeburg	BB: 05.12.1998	17.03.1999	10.04.2000	30.11.2000
83.	Pflegeheim „Am Kleers“ Gartenstr. 38 06484 Quedlinburg	AWO Kreisverband Quedlinburg-Wernigerode e.V. Mumental 01 06484 Quedlinburg	BB: 11.06.1999	01.11.1999	01.07.2001	28.06.2002
84.	Pflegeheim  Arendseer Weg 1 03937 Osterburg	DRK Kreisverband Östliche Altmark e.V. Schönebeck Str. 1 39576 Stendal	BB: 05.07.1999	20.09.1999	14.12.2000	28.05.2001
85.	Pflegeheim  Sojusstraße 1 39118 Magdeburg	AWO Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Klausener Straße 17 39112 Magdeburg	BB: 19.05.2000	04.10.2000	02/2002	29.11.2002
86.	Pflegeheim „Haus Bethanien“ Alte Kreipe 2 06493 Ballenstedt	„Kanzler von Pfau'sche Stiftung“ Kustrener Str. 13-25 06460 Bernburg	BB: 21.05.1999	10.09.1999	15.12.2000	15.12.2004
87.	Pflegeheim  W.-Koenen-Str. 35 06526 Sangerhausen	DRK Kreisverband Sangerhausen e.V. Schartweg 7 06526 Sangerhausen	BB: 20.05.1999	15.11.1999	30.12.2000	30.07.2001
88.	Pflegeheim Goethestraße 4a 29410 Salzwedel	Seniorenzentrum VITA GmbH Schillerstraße 3 29410 Salzwedel	BB: 18.10.1999	01.02.2000	01.10.2001	20.12.2001
89.	Pflegeheim Marienheim  Gropiusallee 3 06815 Dessau	Anhaltinische Diakonissenanstalt Dessau Gropiusallee 3 06815 Dessau	BB: 05.07.1999 ÄB: 15.02.2000 ÄB: 25.10.2000 ÄB: 25.07.2001	17.12.2000	25.01.2001	15.06.2004
90.	Pflegeheim  Am Nemsdorfer Wege 28 06268 Querfurt	DRK Kreisverband Merseburg Querfurt e.V. Döcklitzer Tor 21 06268 Querfurt	BB: 05.07.1999 ÄB: 13.12.2000	22.10.1999	01.04.2002	25.10.2002
91.	Pflegeheim „Klein Sanssouci“ Das hohe Stück 39624 Kalbe/Milde	Verein zur Pflege und Betreuung älterer u. hilfsbed. Menschen e.V. Straße der Jugend 1 39624 Kalbe/Milde	BB: 05.07.1999	20.09.1999	04.01.2001	15.06.2004
92.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ J.-R.-Becher-Str. 41 39128 Magdeburg	Blindenförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH Postfach 60 39028 Magdeburg	BB: 22.10.1998	09.11.1998	23.09.1999	31.05.2000
93.	Pflegeheim „Am Kamp“ Am Kamp 2 39340 Haldensleben	DRK Kreisverband Ohrekreis e.V. Colbitzer Str. 7a 39326 Wolmirstedt	BB: 27.11.1998	21.09.1998	06.06.2001	28.06.2002
94.	Pflegeheim Nordpromenade 06255 Schafstädt	Seniorenpflege Schafstädt GmbH Nordpromenade 17d 06255 Schafstädt	BB: 13.08.1999 ÄB: 17.09.2000	16.10.2000	05.04.2002	30.01.2003
95.	Pflegeheim „Elbe Fläming“ Luckower Str. 4 06862 Roßlau	Saarländischer Schwesternverband e.V. Im Eichemwäldchen 10 66559 Ottweiler	BB: 13.08.1999	10.02.2000	18.09.2001	06.03.2003
96.	Pflegeheim Weinberg 38489 Beetzendorf	Sozialzentrum Altmerk e.V. Hagenstraße 10 38486 Klötze	BB: 15.01.1999	10.07.1999	07.09.2000	27.02.2001
97.	Pflegeheim f. Behinderte „Haus Claudius“ Kramenringstraße 30 06502 Neinstedt	Stiftung Neinstedter Anstalten  Lindenstraße 22 06502 Neinstedt	BB: 21.05.1999	12.09.1999	18.04.2001	17.08.2004

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
98.	Pflegeheim „Emma Martin“ Willi-Sachse-Straße 58 06766 Wolfen	Kursana Gemeinnützige Betriebsgesellschaft f. Sozialeinrichtungen mbH Friedrichstraße 90 10117 Berlin	BB: 21.12.1999	15.04.2000	14.05.2001	
99.	Pflegeheim Parkstraße 3-5 06749 Bitterfeld	Kursana Gemeinnützige Betriebsgesellschaft f. Sozialeinrichtungen mbH Friedrichstraße 90 10117 Berlin	BB: 13.08.1999	14.04.1999	13.06.2001	
100.	Pflegeheim Schönburger Straße 29 06618 Naumburg	DRK Kreisverband Naumburg/Nebra e.V. Jägerstraße 28 06618 Naumburg	BB: 28.06.2000 ÄB: 30.04.2002 ÄB: 28.11.2002	28.09.2000	02.07.2002	30.09.2003
101.	Pflegeheim „Wansleben am See“ 06318 Wansleben	AWO Kreisverband Mansfelder Land, Salzland und Harz e.V. Markt 26 06333 Hetstedt	BB: 18.10.1999	15.06.2000	17.12.2002	07.09.2004
102.	Pflegeheim Clara Zetkin Clara-Zetkin-Str. 20 06679 Hohenmölsen	AWO Kreisverband Hohenmölsen e.V. Clara-Zetkin-Str. 20 06679 Hohenmölsen	BB: 21.05.1999	15.06.1999	05.01.2001	
103.	Pflegeheim „Haus Barbara“ Leninstr. 24 06791 Zschornowitz	Paul-Gerhard-Stiftung Postfach 75 06872 Lutherstadt Wittenberg	BB: 13.08.1999	22.11.1999	12/2001	03.06.2002
104.	Pflegeheim Selauer Straße 24 06667 Weißenfels	Caritas Trägergesellschaft „Mauritius“ gGmbH Langer Weg 63 39112 Magdeburg	BB: 08.11.1999	03.07.2000	30.11.2001	26.08.2002
105.	Pflegeheim Rosa-Luxemburg-Straße 53 06917 Jessen	Stadtverwaltung Markt 23 06917 Jessen	BB: 21.05.1999	02.08.1999	16.11.2000	05.06.2003
106.	Sozialstation Kreuzgasse 06429 Nienburg	DRK Kreisverband Bernburg e.V. Sammelweißstr. 27/28 06406 Bernburg	BB: 07.06.1999	26.08.1999	17.08.2002	
107.	Pflegeheim „Seniorenheim Spätsommer“ Jägerstraße 1 06618 Naumburg	Volkssolidarität Spätsommer gGmbH Jägerstraße 1 06618 Naumburg	BB: 13.08.1999	10.12.1999	01.01.2002	30.09.2002
108.	Pflegeheim Haus III Rathenaustraße 2 06231 Bad Dürrenberg	ASB Kreisverband Merseburg e.V. Weiße Mauer 20 06217 Merseburg	BB: 13.08.1999	15.11.1999	23.01.2002	31.07.2002
109.	Pflegeheim Jamboler Str. 2 06130 Halle/Saale	Gemeinnützige Gesellschaft f. Sozialeinrichtungen und Soziale Dienste des ASB Emil-Abderhaldenstraße 21 06108 Halle	BB: 13.08.1999	06.09.1999	30.11.2001	25.07.2002
110.	Pflegeheim Krumbholzblick Hellriegelstraße 8-10 06406 Bernburg	Volkssolidarität Verwaltungs gGmbH Halberstädter Straße 122 39112 Magdeburg	BB: 29.11.1999	21.06.2000	25.10.2002	08.12.2004
111.	Pflegeheim Heideweg 1 Heideweg 41/43 39124 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städt. Senioren- wohnanlage u. Pflegeheim“ Mozartstraße 6 39124 Magdeburg	BB: 19.05.2000	15.07.2000	21.01.2003	14.07.2004
112.	Pflegeheim Haus Silberhöhe Querfurter Straße 13 06124 Halle	AWO Kreisverband e.V. Zerbster Str. 14 06124 Halle	BB: 21.12.1999 ÄB: 26.07.2000	15.05.2000	23.09.2003	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
113.	Pflegeheim Heide-Nord Heidering 8 06120 Halle	CURANUM Kleeblatt GmbH Memeler Straße 30 42781 Haan	BB: 21.12.1999	15.01.2000	15.12.2002	
114.	Tagespflegeeinrichtung mit ambulantem Dienst Südstraße 63 06114 Halle	Volkssolidarität 1990 e.V.  Reilstraße 54 06114 Halle	BB: 19.05.2000	04.09.2000	03.05.2002	
115.	Tagespflegeeinrichtung Hagenstraße 62 39340 Haldensleben	Seniorenhilfe GmbH Hagenstraße 62 39340 Haldensleben	BB: 19.05.2000	07.08.2000	20.04.2001	
116.	Pflegeheim mit ambulantem Pflegedienst Dährer Straße 29413 Diesdorf	VS Verwaltungs GmbH Sachsen-Anhalt Leipziger Straße 16 39112 Magdeburg	BB: 31.07.2000	25.10.2000	27.08.2001	
117.	Sozialstation  Am Stiftsberg 4a 06712 Zeitz	Katholische Pfarrgemeinde St. Peter und Paul Schloßstraße 7 06712 Zeitz	BB: 31.07.2000	04.10.2000	21.11.2001	
118.	Pflegeheim Villa am Schloß Schloß 5 06528 Beyernaumburg	Projekt 3 e.V. In den Halden 38 06528 Obersdorf	BB: 31.07.2000	23.04.2001	04.07.2002	
119.	Pflegeheim Heideweg 2  Heideweg 41/43 39124 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städt. Seniorenwohnanlage und Pflegeheim“ Mozartstraße 6 39106 Magdeburg	BB: 19.05.2000 ÄB: 23.12.2003	15.07.2000	08.09.2004	
120.	Pflegeheim  Amsfreiheit 15 39619 Arendsee	DPWV Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Regionalstelle Altmark Osterburger Straße 4 39576 Stendal	BB: 19.05.2000 ÄB: 10.12.2001	01.07.2000	05.03.2001	28.09.2001
121.	Pflegeheim  Dalienweg 39291 Möckern	DRK Kreisverband Jerichower Land e.V. In der alten Kaserne 13 39288 Burg	BB: 22.09.2000 ÄB: 02.08.2004	15.01.2001	25.02.2002	15.06.2004
122.	Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtung Andreasstraße 3 06406 Bernburg	Seniorenzentrum Zepziger Weg gGmbH Stauffenbergstraße 18 06406 Bernburg	BB: 22.09.2000 ÄB: 20.07.2004	27.11.2000	02.11.2001	15.06.2004
123.	Pflegeheim  Silbertaler Straße 6 06132 Halle	ASB Ortsverband Halle/Saalkreis e.V. Hordorfer Straße 5 06112 Halle	BB: 21.09.2000 ÄB: 01.09.2004	13.03.2001	25.04.2003	12.08.2004
124.	Pflegeheim  Stadtgraben 4 39249 Barby	AWO Kreisverband Schönbeck e.V. Otto-Kohle-Straße 23 39218 Schönbeck	BB: 05.10.2000 ÄB: 02.08.2004	15.12.2000	08.09.2001	29.06.2004
125.	Pflegeheim „Caroline König Stift“ Sägemühlengasse 3 38855 Wernigerode	Gemeinnützige Gesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH Salzbergstraße 6b 38855 Wernigerode	BB: 12.10.2000 ÄB: 02.08.2004	15.01.2001	10.07.2003	28.05.2004
126.	Pflegeheim Kiefholzstraße 39 39340 Haldensleben	Medica Fachkrankenhäuser GmbH Prinz-Friedrich-Karl-Str. 36 44135 Dortmund	BB: 12.10.2000 ÄB: 17.12.2004	19.03.2001	03.04.2003	06.12.2004
127.	Pflegeheim „Haus Krähenstieg“ Am Krähenstieg 9 39126 Magdeburg	AWO Kreisverband Magdeburg e.V. Thiemstraße 12 39104 Magdeburg	BB: 09.11.2000 ÄB: 17.11.2004	28.03.2001	24.09.2002	15.10.2004
128.	Pflegeheim „Kloster Helfta“ Hallesche Straße 06295 Lutherstadt Eisleben	Caritas Trägergesellschaft St. Mauritius gGmbH Seumestraße 1 39104 Magdeburg	BB: 13.11.2000 ÄB: 13.12.2004	17.11.2000	15.08.2002	29.11.2004

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
129.	Pflegeheim Feierabendstraße 1 06749 Pritrau	Pro Civitate GmbH Raguhner Straße 5 06800 Jeßnitz	BB: 20.12.2000 ÄB: 27.07.2001	25.09.2001	10.02.2003	31.10.2003
130.	Pflegeheim Pawlow  Puschkinstraße 1 38820 Halberstadt	DPWV Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Halberstädter Straße 168-172 39112 Magdeburg	BB: 20.12.2000 ÄB: 04.06.2004	01.07.2001	18.06.2003	16.02.2004
131.	Pflegeheim  Florian-Geyer-Straße 55 39116 Magdeburg	ASB Ortsverband Magdeburg e.V. Astonstraße 62 39116 Magdeburg	BB: 19.07.2001 ÄB: 10.06.2004	18.10.2001	09.01.2003	27.06.2003
132.	Pflegeheim Kraepelinstraße 6 39599 Uchtspringe	SALUS gGmbH Halberstädterstraße 40a 39112 Magdeburg	BB: 25.07.2001 ÄB: 10.06.2004	21.05.2002	01.09.2003	15.12.2003
133.	Pflegeheim Martha Haus Luckengasse/Marthastraße 06108 Halle	Stiftung Martha-Haus Adam-Kuechhoff-Straße 5 - 8 06108 Halle	BB: 20.12.2000	31.07.2001	07.01.2003	30.04.2003
134.	Pflegeheim  Marienweg 4b 39288 Burg	Cornelius-Werk Diakon. Dienste gGmbH Parchauer Chaussee 1a 39288 Burg	BB: 20.12.2000	07.05.2001	12.09.2002	
135.	Pflegeheim „Haus Bethanien“ Bethanienstraße 10 39288 Burg	Pro Civitate gGmbH Bahnhofstraße 7b 06849 Bitterfeld	BB: 20.12.2000 ÄB: 24.10.2002	09.04.2001	03.12.2003	
136.	Pflegeheim Olvenstedt  Joh.-Güderitz-Straße 83 39126 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städt. Senioren- wohnanlage u. Pflegeheim“ Abendstraße 5a 39124 Magdeburg	BB: 20.12.2000 ÄB: 29.12.2003 ÄB: 29.04.2005	20.04.2001	17.10.2003	27.04.2005
137.	Pflegeheim  Hausmannstraße 06844 Dessau	Avendi Senioren Service Dessau GmbH i. G. Mannheimer Straße 16 06847 Dessau	BB: 20.12.2000 ÄB: 27.07.2004	22.01.2002	01.05.2003	23.07.2004
138.	Pflegeheim  Am Wiesenpark 39387 Oschersleben	DRK Kreisverband Oschersleben e.V. Friedrichstraße 28a 39387 Oschersleben	BB: 20.12.2001 ÄB: 27.11.2001	01.08.2002	05.09.2003	
139.	Pflegeheim Haus am Wald Karlstraße 3 06542 Allstedt	VS Verwaltungs gGmbH Halberstädter Straße 122 39112 Magdeburg	BB: 20.12.2000	15.03.2001	15.10.2002	10.12.2004
140.	Pflegeheim Haus an der Rabeninsel Böllberger Weg 150 06108 Halle	VS Halle 1990 e.V.  Reilstraße 54 06114 Halle	BB: 20.12.2000	09.04.2001	29.04.2003	
141.	Pflegeheim Haus Dorothea  Burghof 1 39218 Schönebeck	Diakonieverein Heimverbund Burghof e.V. Burghof 1 39218 Schönebeck	BB: 04.12.2000 ÄB: 20.07.2004	09.04.2001	29.10.2002	15.06.2004
142.	Kurzzeit- u. Tagespflege- einrichtung in Verbindung mit ambulante Dienst Krausestraße 37 39218 Schönebeck	VS Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.  Halberstädter Chaussee 4a 39116 Magdeburg	BB: 28.11.2000	05.01.2001	01.08.2001	
143.	Pflegeheim Schloßblick  Thiemstraße 7 - 10 38889 Blankenburg	Kreiskrankenhaus Blankenburg gGmbH Thiemstraße 7 - 10 38889 Blankenburg	BB: 08.12.2000	09.04.2001	14.06.2002	
144.	Tagespflege  Bahnhofstraße 39326 Wolmirstedt	DPWV Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. Halberstädter Straße 168-172 39112 Magdeburg	BB: 03.12.2002	04.08.2004	01.04.2004	



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
145.	Pflegeheim der Gnadauer Anstalten  Comeniusweg 9 39249 Gnadau	Gnadauer Anstalten der Europäisch-Festländischen Brüder-Unität Comeniusweg 9 39249 Gnadau	BB: 02.08.2001 ÄB: 03.02.2005	15.10.2001	24.10.2002	17.01.2005
146.	Pflegeheim Klinik 1a 06785 Oranienbaum	Paul-Gerhardt-Stiftung Postfach 75 06872 Lutherstadt Wittenberg	BB: 16.07.2002	02.06.2003	08.06.2004	
147.	Pflegeheim  06796 Brehna-Carlsfeld	Pro Civitate e.V. Raguhner Straße 5 06800 Jeßnitz	BB: 20.12.2000	17.12.2001	01.10.2004	
148.	Pflegeheim „Lutherbogen“ Turmstraße 32 06110 Halle	CURA Seniorenzentrum Halle Lutherbogen GmbH Ifflandstraße 4 22087 Hamburg	BB: 07.01.2002 ÄB: 24.03.2005	10.06.2002	01.10.2003	10.03.2005
149.	Pflegeheim Mühlweg 2/3 06114 Halle	Diakoniewerk Halle Lafontainestraße 15 06114 Halle	BB: 11.12.2000	10.09.2001	30.11.2003	
150.	Pflegeheim Otto-Kilian-Straße 38 06110 Halle	Akazienhof gGmbH Beesener Straße 15 06110 Halle	BB: 20.12.2000	26.03.2001	10.08.2002	13.12.2004
151.	Pflegeheim der Franckeschen Stiftungen Schwarzer Weg 06110 Halle	Paul-Riebeck-Stiftung Kantstraße 1 06110 Halle	BB: 27.11.2002	18.06.2003	01.11.2004	
152.	Sozialstation Magdeburger Straße 1 39175 Wahlitz	Wohnpark GmbH Im Heidefeld 76 39175 Wahlitz	BB: 20.12.2000 ÄB: 11.03.2002 ÄB: 29.04.2005	21.05.2001	24.04.2003	26.04.2005
153.	Pflegeheim Mechthild  Mechthildstraße 27 39128 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städt. Senioren- und Pflegeheim“ Mozartstraße 6 39106 Magdeburg	BB: 13.12.2001 ÄB: 16.01.2002 ÄB: 23.12.2003	17.09.2003	26.01.2005	
154.	Pflegeheim „St. Georgii“ Hans-Löschner-Straße 30 39108 Magdeburg	SALUS gGmbH Halbstädter Straße 40a 39112 Magdeburg	BB: 10.10.2002	03.02.2003	27.09.2004	
155.	Pflegeheim  Am Mühlengraben 06198 Holleben	Gemeinsam Leben - Gesellschaft für betreutes Wohnen e.V. Rosa-Luxemburg-Straße 9 06179 Holleben	BB: 27.11.2002 ÄB: 16.04.2004	10.05.2004		
156.	Pflegeheim „Bischof-Weskamm-Haus“ Neustädter Bierweg 2/11 39110 Magdeburg	Caritas Trägergesellschaft „St. Mauritius“ gGmbH Braunschweiger Straße 18 39112 Magdeburg	BB: 16.01.2002 ÄB: 29.04.2005	26.08.2002	26.06.2003	16.11.2004
157.	Pflegeheim Lerchenwuhne  Othrichstraße 30c 39128 Magdeburg	Eigenbetrieb „Städt. Senioren- wohnanlage u. Pflegeheim“ Mozartstraße 6 39106 Magdeburg	BB: 15.11.2002 ÄB: 23.12.2003	18.05.2004	15.07.2005	
158.	Pflegeheim „Haus Hettstedt“ Franz-Schubert-Straße 20 06333 Hettstedt	Alten- u. Pflegeheim GmbH Franz-Schubert-Straße 20 06333 Hettstedt	BB: 30.09.2002	04.08.2003	09.12.2004	
159.	Pflegeheim  An der Darre 06435 Aschersleben	Caritas Trägergesellschaft St. Mauritius gGmbH Langer Weg 63 39112 Magdeburg	BB: 15.11.2002 ÄB: 16.04.2004	07.04.2003	09.12.2004	
160.	Pflegeheim Stresemannstr. 39104 Magdeburg	Pfeiffersche Stiftung Pfeifferstraße 10 39114 Magdeburg	BB: 04.10.2002	19.05.2003	25.06.2004	
161.	Pflegeheim  Große Mühlenbreite 39240 Calbe	Blindenförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH Johannes-R.-Becher-Str. 41 39128 Magdeburg	BB: 14.10.2002 ÄB: 16.04.2004	27.03.2003	11.03.2004	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
162.	Pflegeheim Am Marktplatz 4 06429 Nienburg	DRK Kreisverband Bernburg Sammelweisstraße 27/28 06406 Bernburg	BB: 14.10.2002	06.02.2003	20.11.2004	
163.	Pflegeheim Heinrich-Heine-Straße 39649 Mieste	MAR GmbH & Co Median Cramerstraße 6 10623 Berlin	BB: 28.11.2002	01.03.2004	29.07.2005	
164.	Pflegeheim Winkel 13 38828 Wegeleben	VS Verwaltungs gGmbH Sachsen-Anhalt Leipziger Straße 16 39112 Magdeburg	BB: 14.10.2002 ÄB: 16.04.2004	01.09.2003	25.10.2004	
165.	Pflegeheim „Am Barbarasee“ Nachtigallenweg 23 06773 Gräfenhainichen	Andrea Pannier Wittenbacher Straße 41 06773 Gräfenhainichen	BB: 14.10.2002	12.02.2003	19.03.2004	
166.	Pflegeheim Robert-Koch-Straße 4 06766 Wolfen	Landkreis Bitterfeld Mittelstraße 20 06749 Bitterfeld	BB: 25.11.2002	03.11.2003	18.03.2005	
167.	Pflegeheim Schillerstraße 06246 Bad Lauchstädt	Pro Civitate gGmbH Bahnhofstraße 7b 06749 Bitterfeld	BB: 15.11.2002	21.01.2004	01.04.2005	
168.	Tagespflege Südring 118 06667 Weißenfels	DRK KV Weißenfels e.V. Leopold-Kell-Straße 27 06667 Weißenfels	BB: 24.09.2002 ÄB: 16.10.2003	10.06.2003	01.04.2004	
169.	Pflegeheim Lustgartenbreits 39345 Firschtungen	Seniorenhilfe GmbH Hagenstraße 62 39340 Haldensleben	BB: 14.10.2002	09.05.2003	05.03.2004	
170.	Pflegeheim Brauhausstraße 06249 Mücheln	Pro Civitate gGmbH Bahnhofstraße 7b 06749 Bitterfeld	BB: 12.11.2002	21.01.2004	01.04.2005	
171.	Pflegeheim Bahnstraße 3 06682 Teuchern	Diakoni Naumburg-Zeitg gGmbH Charlottenstraße 1 06618 Naumburg	BB: 25.11.2002 ÄB: 28.08.2003	27.06.2003	29.10.2004	
172.	Pflegeheim Huy Ernst-Thälmann-Straße 76 38836 Dedeleben	Alten- und Pflegeheim GmbH Ernst-Thälmann-Straße 76 38836 Dedeleben	BB: 21.10.2002 ÄB: 16.04.2004	31.03.2003	08.10.2004	
173.	Pflegeheim Zoberberg 06847 Dessau - Alten	AWO Landesverband Sachsen - Anhalt e.V. Klausener Straße 17 39112 Magdeburg	BB: 06.11.2002	10.12.2003	14.03.2005	

### Investitionsprogramm nach Art. 52 Pflege-VG für Thüringen

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
1.	Pflegeheim Bochumer Straße 153 - 156 99734 Nordhausen	Jugend Sozialwerk Nordhausen Spiegelstraße 15 99734 Nordhausen	15.11.1994	15.09.1994	10.04.1996	06.06.2002
2.	Pflegeheim Fritz-Alßmuß-Straße 21/23 98639 Walldorf	Diakoniewerk Meiningen e.V. Fritz-Alßmuß-Straße 22 98639 Meiningen	18.11.1994	15.09.1994	05.12.1996	
3.	Pflegeheim Kasselerstraße 195 98561 Schmalkalden	Christliche Wohnstätten Schmalkalden gGmbH Die Gasse 9 - 11 98574 Schmalkalden	05.10.1994	29.09.1994	10.06.1996	
4.	Pflegeheim Am Pfaffeneller 98587 Steinbach-Hallenberg	Evangelische Altenhilfe Brunnenstraße 23 34369 Hofgeismar	11.11.1994	13.10.1994	05.12.1996	30.05.2002
5.	Pflegeheim Oschtitzer Straße 38 07907 Schleiz	DRK-Kreisverband Am Trömel 3 07907 Schleiz	11.11.1994	03.11.1994	28.06.1996	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
6.	Pflegeheim Pausaer Straße 80 07937 Zeulenroda	AWO-Soziale Dienste gGmbH Pausaer Straße 80 07937 Zeulenroda	11.11.1994	17.10.1994	03.04.1996	
7.	Pflegeheim Johann-Sebastian- Bach-Str 8-16 98646 Hildburghausen	Caritas-Verband Südthüringen  Anton-Ulrich-Straße 56 98617 Meiningen	14.11.1994	01.04.1995	07.09.1998	
8.	Pflegeheim Gartenstraße 8 99994 Schlotheim	Arbeiterwohlfahrt gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	14.11.1994	01.12.1994	30.04.1996	07.05.2002
9.	Pflegeheim Jahnstraße 17 - 19 07381 Pößneck	Volkssolidarität Pößneck e.V. Dr. Wilhelm-Külz-Straße 5 07381 Pößneck	14.11.1994	12.01.1995	23.08.1996	30.07.2002
10.	Pflegeheim Bahnhofstraße 9 98708 Gehren	Pro-Civitate e.V. Raguhner Straße 5 06800 Jessnitz	27.12.1994	25.03.1995	25.08.1997	30.08.2002
11.	Pflegeheim Pestalozzistraße 4 99867 Gotha	Städtische Heime Gotha GmbH August-Creutzburg-Straße 2 99867 Gotha	19.12.1994	01.05.1995	11.12.1996	07.05.2002
12.	Pflegeheim 1. BA Arnstädter Straße 48 99096 Erfurt	DRK LV Thüringen e.V. Heinrich-Heine-Straße 3 99096 Erfurt	19.12.1994	15.10.1995	19.06.1996	07.05.2002
13.	Pflegeheim Marie-Seebach-Stift Tiefurter Allee 8 99425 Weimar	Marie-Seebach-Stift Tiefurter Allee 8 99425 Weimar	15.12.1995	02.10.1995	02.12.1997	
14.	Pflegeheim Langenthal Waldecker Straße 11 07616 Thalbürgel	SKS Wermutmühlenweg 61-63 99089 Erfurt	27.02.1996	18.06.1996	01.10.2004	
15.	Ambulanter Pflegedienst  Heinrichstraße 14 99092 Erfurt	Landesverband Arbeit u. Soziales in Thüringen e.V. Große Ackerhofgasse 11/12 99084 Erfurt	15.10.1995	15.11.1995	30.10.1996	06.05.2002
16.	Pflegeheim Einbeckerstraße 9 06556 Artern	DRK LV Thüringen e.V. Heinrich-Heine-Straße 3 99096 Erfurt	14.12.1995	17.10.1996	11.05.1998	30.09.2002
17.	Pflegeheim  Oberlinder Straße 96515 Sonneberg	Diakoniewerk d. Superinten- dentur Sonneberg e.V. Köppelsdorfer Straße 157 96515 Sonneberg	09.12.1996	23.06.1997	01.05.1999	
18.	Pflegeheim Hannostraße 2 03718 Saalfeld	DRK KV Saalfeld e.V. Am Blankenburger Tor 18 03718 Saalfeld	15.05.1996	01.06.1996	27.02.1998	20.12.2002
19.	Pflegeheim Bermbachtal 32 - 34 99842 Ruhla	KTE Seniorenstutz Ruhla KG Güldene Kammer 6 36251 Bad Hersfeld	02.09.1997	06.11.1997	05.06.2000	
20.	Pflegeheim Senioren- Wohnpark GmbH Auerhahnstraße 12 98714 Stützerbach	Senioren-Wohnpark GmbH Marseille Kliniken AG Auerhahnstraße 12 98714 Stützerbach	26.09.1996	20.05.1997	11.09.1998	03.12.2002
21.	Pflegeheim  Am Leinawald 47 - 48 04603 Nobitz	Senioren-Wohnpark GmbH Marseille Kliniken AG Sportallee 1 22335 Hamburg	25.04.1996	12.08.1996	26.01.1998	
22.	Pflegeheim „St. Joseph“ Straße der Demokratie 20 37339 Breitenworbis	Kuratorium St.-Elisabeth Friedensplatz 7 37339 Worbis	25.04.1996	20.06.1996	04.05.1998	30.09.2002
23.	Altenpflegeheim Naumburger Straße 55 a 07743 Jena	Arbeiterwohlfahrt KV Jena e.V. Paradiesstraße 3 07743 Jena	10.06.1996	01.08.1997	30.08.1999	
24.	Diakoniestation Tännchenweg 6 99631 Weißensee	Evangelische Regionalgemeinde Bergstraße 6 99631 Weißensee	12.03.1996	25.03.1996	06.12.1996	06.05.2002

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
25.	Pflegeheim Karl-Haußknecht-Straße 19 a 99423 Weimar	DRK Kreisverband e.V. Belvederer Allee 20 99407 Weimar	14.12.1995	27.08.1996	24.10.1997	29.01.2004
26.	Pflegeheim „Am Park“ Amtsberg 4 99198 Erfurt - Vieselbach	AWO gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	26.08.1997	08.12.1997	01.01.1999	
27.	Pflegeheim Johanniter-Haus  Richteberg 2 37308 Heiligenstadt	Einrichtung der Provinz.-Sächs. Genossenschaft des Johanniterordens Gartenstraße 22 39638 Gardelegen	24.09.1996	09.06.1997	10.09.1998	29.07.2002
28.	Pflegeheim Burgstraße 11 99752 Bleicherode	Diakonie in Nordhausen e.V. Poststraße 7 99734 Nordhausen	06.12.1996	16.04.1997	31.10.1999	
29.	Pflegeheim Waldstraße 1 99439 Ettersburg	„Seniorenzentrum“ gGmbH Schwanseestraße 101 99425 Weimar	17.05.1996	05.06.1996	31.12.1996	06.05.2002
30.	Pflegeheim Schönrasen 2 99880 Waltershausen	Feierabendheime in Thüringen Hausmannstraße 103 A 70188 Stuttgart	09.12.1996	06.06.1997	05.03.1999	
31.	Pflegeheim Berliner Straße 210 07546 Gera	ASB-Kreisverband e.V. Berliner Straße 210 07546 Gera	19.08.1996	17.06.1997	15.10.1998	17.07.2002
32.	Pflegeheim Colliser Straße 1 - 7 07546 Gera	Geraer Heimbetriebsgesellschaft Kahlaer Straße 20 07549 Gera	09.12.1996	04.08.1997	30.04.1999	27.05.2002
33.	Pflegeheim Johannispark  Am Bahnhof 14 98529 Suhl	Johannispark Pflegedienst in Thüringen GmbH Am Bahnhof 14 98529 Suhl	15.11.1996	05.12.1996	28.03.1998	28.05.2002
34.	Pflegeheim Eugen-Richter-Straße 3 b 99625 Kölldeda	Pro Seniore Residenz Deutschmühlental 66117 Saarbrücken	12.02.1998	10.07.1998	15.12.1999	
35.	Pflegeheim Am Brauereiteich 6 04626 Schmölln	Schmöllner Heimbetriebsges. Am Brauereiteich 6 04621 Schmölln	11.07.1997	03.10.1997	26.02.1999	04.04.2002
36.	Pflegeheim Im Rudolspark 6 07407 Rudolstadt	Diakonisches Altenhilfezentrum Im Rudolspark 6 07407 Rudolstadt	10.04.1997	22.10.1997	28.01.1999	
37.	Pflegeheim Am Gries 29 07806 Neustadt/Orla	Diakonieverein Orlatal e.V. Kirchplatz 2 07806 Neustadt/Orla	12.08.1997	01.07.1998	27.11.1999	
38.	Pflegeheim Schlossallee 6 99718 Grünungen	Altenpflegeheim Schlossallee 6 99718 Grünungen	17.04.1997	08.09.1997	11.02.1999	06.05.2002
39.	Pflegeheim Am Plan 2 07407 Rudolstadt-Cumbach	APH Cumbach gGmbH Am Plan 2 07407 Rudolstadt-Cumbach	14.05.1997	15.09.1997	27.06.1998	
40.	Pflegeheim  Rankestraße 59 99096 Erfurt	ASB gem. Gesellschaft für stat. u. ambul. Seniorenhilfe mbH Rankestraße 59 99096 Erfurt	31.01.1997	17.07.1997	31.07.1998	
41.	Pflegeheim Augusta-Viktoria-Stift Hospitalplatz 15 a 99084 Erfurt	Augusta-Viktoria-Stift  Hospitalplatz 15 a 99084 Erfurt	17.01.1997	06.04.1997	12.03.1998	06.05.2002
42.	Pflegeheim Kahlaer Straße 28 07768 Hummelshain	ASB-Landesverband TH e.V. Magdeburger Allee 55 99086 Erfurt	04.06.1998	01.11.1998	03.06.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
43.	Pflegeheim Nr. 1  04639 Hainichen	AWO Kreisverband Altenburger Land e.V. Albert-Lery-Straße 59 a 04600 Altenburg	20.11.1997	08.12.1997	18.02.1999	
44.	Pflegeheim Plottendorf Robert-Koch-Straße 6 04617 Treben	Seniorenwohnsitz Plottendorf Adolf-Butenandt-Straße 37 27616 Beverstedt	13.12.1998	15.03.1999	13.06.2001	
45.	Pflegeheim  Schulberg 3 99444 Blankenhain	Diakonisches Zentrum Sophienhaus Weimar Trierer Straße 2 99423 Weimar	14.10.1998	05.02.1999	31.08.2000	
46.	Pflegeheim Pro Seniore Residenz Rosenthal An der alten Lache 99330 Gräfenroda	Pro Seniore Betreuungs- dienste Thüringen gGmbH Deutschmühlental 66117 Saarbrücken	02.07.1999	13.12.1999	01.12.2001	
47.	Pflegeheim Ilmenauer Straße 95 a 98714 Gräfinau-Angstedt	AWO-Stadtverband Ilmenau e.V. Am Stollen 17 98693 Ilmenau	09.02.1998	18.05.1998	10.12.1999	
48.	Pflegeheim Erzberger Allee 18 36433 Bad Salzungen	Diakonieverbund Eisenach gGmbH Friedenstraße 10 99817 Eisenach	20.10.1997	11.12.1997	30.08.1999	
49.	Pflegeheim Bethesda Johanniterstraße 1 07607 Eisenberg	Altenzentrum Bethesda Johanniterstraße 1 07607 Eisenberg	29.05.1998	01.10.1998	12.08.1999	21.01.2002
50.	Pflegeheim „St. Peter und Paul“ Unterstraße 3 99100 Dölstädt	Diakonieverein Döllstedt e.V.  Unterstraße 3 99100 Döllstädt	14.12.1998	26.03.1999	10.09.2001	
51.	Pflegeheim „Haus Colin“  Hermannsgrünerstraße 6 07973 Greiz	Greizer Senioren- und Pflegeheim gGmbH Hermannsgrünerstraße 6 07973 Greiz	18.02.1998	04.05.1998	25.02.1999	
52.	Pflegeheim  Bahnhofstraße 16/18 07589 Münchenbernsdorf	Gesellschaft für Sozialmanagement der Stadt Münchenbernsdorf mbH Bahnhofstraße 16/18 07589 Münchenbernsdorf	20.10.1997	08.12.1997	10.02.1999	18.02.2002
53.	Pflegeheim Am Hanstein 37318 Wahlhausen	Rosemarie Wolf Boyneburger Straße 14 37269 Eschwege	17.05.2001	05.08.2001	05.09.2002	
54.	Pflegeheim St. Josefshaus Klosterstraße 4 37355 Niederorschel	Kath. Kirchengemeinde St Marien Bergstraße 52 37355 Niederorschel	09.03.1998	06.04.1998	09.06.2000	
55.	Pflegeheim Mittelstraße 50 99974 Mühlhausen	Heimeinrichtungen Mühlhausen Gartenstraße 31 99974 Mühlhausen	23.06.1997	15.12.1997	22.11.1999	
56.	Pflegeheim „St. Josef“ Tonnaer Straße 9 - 11 99947 Bad Langensalza	Caritasverband Bistum Erfurt e.V. Wilhelm-Külz-Straße 33 99084 Erfurt	20.10.1997	17.11.1997	22.11.1999	
57.	Pflegeheim Juri-Gagarin-Straße 99765 Heringen	DRK-Kreisverband Nordhausen Hallesche Straße 42 99734 Nordhausen	10.02.1998	01.04.1998	10.05.1999	
58.	Pflegeheim St. Josefshaus Domstraße 6 99734 Nordhausen	Caritasverband Bistum Erfurt e.V. Wilhelm-Külz-Straße 33 99084 Erfurt	11.06.1998	20.07.1998	01.10.2001	
59.	Pflegeheim „Milda Engert“  Rainweg 41 07318 Saalfeld	AWO-Kreisverband Saalfeld - Rudolstadt e.V. Rainweg 91 07318 Saalfeld	20.10.1997	24.11.1997	19.11.1999	
60.	St. Elisabeth-Haus C.-Schulte-Straße 12 07407 Rudolstadt	Caritasverband Bistum Erfurt e.V. Wilhelm-Külz-Straße 33 99084 Erfurt	26.08.1997	18.09.1997	01.12.1999	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
61.	Pflegeheim „Emmaus“ Lobensteiner Straße 17 07368 Ebersdorf	Pflegeheim „Emmaus“ Lobensteiner Straße 17 07368 Ebersdorf	24.03.1998	20.05.1998	01.07.1999	10.12.2002
62.	Pflegeheim „Salem Wolff“ Rosa-Luxemburg-Straße 52 07381 Pöbneck	DRK-Kreisverband Saale-Orla Am Trömel 3 07907 Schleiz	09.04.1998	29.06.1998	16.08.1999	04.12.2001
63.	Pflegeheim Goethestraße 4 99628 Buttstädt	Pro Seniore Betreuungsdienste Thüringen gGmbH Deutschmühlental 66117 Saarbrücken	05.07.2001	01.02.2002	10.05.2004	
64.	Pflegeheim Parkstraße 1 99096 Erfurt	Senioren- und Pflegeheim Erfurt gGmbH Juri-Gagarin-Ring 4 99084 Erfurt	05.11.1997	16.06.1998	01.01.2000	
65.	Katholisches Pflegeheim „Carolinienstift“ Pils 9/11 99084 Erfurt	Inspektion des katholischen Altenheimes „Carolinienstift“ Pils 9/11 99084 Erfurt	12.12.1998	30.12.1998	08.05.2002	
66.	Pflegeheim „Albert Schweitzer“ Warschauer Straße 12 99087 Erfurt	DRK-Kreisverband Erfurt-Stadt Mühlhäuser Straße 76 99092 Erfurt	13.10.2000	01.08.2001	26.02.2004	
67.	Deutschordens-Wohnstift Seniorenhaus gGmbH Vilniuser Straße 14 99089 Erfurt	Deutschordens-Wohnstift Konrad Adenauer e.V. Straßburger Platz 2 51109 Köln	02.10.1997	23.04.1998	07.05.1999	30.08.2002
68.	Pflegeheim Am Hölzlein 7 98617 Meiningen	DRK-Kreisverband Meiningen Neu-Ulmer-Straße 5 98617 Meiningen	15.10.1998	09.06.1999	02.09.2000	
69.	Pflegeheim Kreißmannstraße 96515 Sonneberg	Krankenhäuser Sonneberg/Neuhaus gGmbH Neustädterstraße 61 96515 Sonneberg	28.12.2001	04.10.2002	10.05.2004	
70.	Pflegeheim „F. Joliot Curie“ Heinrich Laber-Straße 4 07548 Gera	Diakoniezentrum Gera gGmbH Heinrich Laber-Straße 4 07548 Gera	18.05.1998	04.01.1999	29.09.2001	
71.	Pflegeheim Forstweg 59 07745 Jena	Curanum- Gesellschaft für Sozialdienste GmbH & Co KG Memeler Straße 30 42781 Haan	15.12.1998	18.02.2000	01.07.2001	
72.	Pflegeheim Zum Hospitalgraben 7 99427 Weimar	AWO-Kreisverband Weimar e.V. Schwabestraße 11 99423 Weimar	18.05.1998	08.06.1998	26.11.1999	13.05.2002
73.	Pflegeheim Sophienhaus Weimar Trierer Straße 2 99423 Weimar	Diakonisches Zentrum Sophienhaus Weimar gGmbH Trierer Straße 2 99405 Weimar	06.09.1999	30.09.1999	01.09.2001	
74.	Tagespflege Goethestraße 2 04639 Gößnitz	AWO-Kreisverband Alteburger Land e.V. Albert-Levy-Straße 59 a 04600 Altenburg	19.02.1997	01.03.1997	25.09.1997	22.07.2002
75.	Pflegeheim Hospitalplatz 1 04600 Altenburg	Hospitalstiftung zu Altenburg Kunstgasse 25 04600 Altenburg	30.06.1998	03.08.1998	08.09.1999	06.03.2002
76.	Pflegeheim Ev.-Luth. Magdalenstift Stiftsgraben 20 04600 Altenburg	Ev.-Luth. Magdalenstift Stiftsgraben 20 04600 Altenburg	02.07.1999	29.11.1999	01.07.2003	
77.	Caritas Pflegeheim „Karlishof“ Oberdorf 83 37318 Birkenfelde	Caritasverband Bistum Erfurt e.V. Wilhelm-Külz-Straße 33 99014 Erfurt	11.06.1999	16.08.1999	01.09.2001	



lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungsnachweis
78.	Pflegeheim Juri-Gagarin-Ring 140 99084 Erfurt	Arbeiterwohlfahrt AJS gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	26.06.1998	02.11.1998	01.12.1999	
79.	Pflegeheim 2. BA „Christianenheim“ Arnstädter Straße 48 99096 Erfurt	DRK-LV Thüringen e.V.  Heinrich-Heine-Straße 3 99096 Erfurt	15.12.1997	03.08.1997	14.07.1999	
80.	Pflegeheim  Färberwaidweg 6 99097 Erfurt	Senioren- und Pflegeheim Erfurt gGmbH Juri-Gagarin-Ring 4 99084 Erfurt	17.07.1998	12.10.1998	01.04.1999	
81.	Pflegeheim  Lieselotte-Hermann-Str. 7 07548 Gera	Geraer Heimbetriebs- gesellschaft mbH Kahlaer Straße 20 07549 Gera	31.08.2001	21.06.2002	25.03.2004	
82.	Pflegeheim Engelsbacher Weg 99894 Friedrichsroda	AWO Kreisverband Gotha e.V. Juri-Gagarin-Straße 2-4 99867 Gotha	01.06.1999	29.11.1999	01.07.2001	
83.	Pflegeheim  Stadtbachring 29 07937 Zeulenroda	AWO Soziale Dienste Zeulenrode gGmbH Pausaerstraße 80 07937 Zeulenrode	25.09.2002	26.06.2002	27.06.2002	
84.	Pflegeheim „Haus Kolin“  Hermannsgrüner Str. 6 07973 Greiz	Greizer Senioren- und Pflegeheim gGmbH Hermannsgrüner Str. 6 07973 Greiz	01.03.1999	07.06.1999	01.09.2001	
85.	Pflegeheim für psychisch Kranke/seelisch Behinderte Eishäuser Straße 14 98646 Hildburghausen	Pflegeheim Birkenfeld GmbH  Eishäuser Straße 14 98646 Hildburghausen	04.09.1997	03.11.1997	13.01.1999	
86.	Pflegeheim Schleusinger Straße 27a 98646 Hildburghausen	Henneberg Kliniken gGmbH Schleusinger Straße 17 98646 Hildburghausen	26.07.1999	08.05.2000	05.09.2001	
87.	Pflegeheim Alexander-Winckler-Str. 2 99310 Arnstadt	Seniorenzentrum Arnstadt Alexander-Winckler-Str. 2 99310 Arnstadt	16.10.1998	27.05.1999	01.12.2001	
88.	Pflegeheim Löbichauer Straße 71 07749 Jena	Altenhilfezentrum Löbichauer Straße 71 07749 Jena	13.12.1998	11.05.1999	01.03.2001	
89.	Pflegeheim Stiftsgasse 1 - 3 06567 Bad Frankenhausen	Arbeiterwohlfahrt AJS gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	18.08.1998	23.08.1999	01.04.2001	
90.	Pflegeheim Schloß Bendeleben Sondershäuser Straße 2 99706 Bendeleben	Arbeiterwohlfahrt AJS gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	18.08.1998	15.11.1999	01.04.2001	
91.	Pflegeheim Hospitalstraße 49 99706 Sondershausen	DRK Kyffhäuserkreisverband e.V. Hospitalstraße 2 99706 Sondershausen	29.04.1998	27.09.1998	18.11.1999	
92.	Pflegeheim Carl-von-Ossietzky-Str. 7 99734 Nordhausen	DRK Kreisverband Nordhausen Hallesche Straße 42 99734 Nordhausen	01.07.1998	15.12.1998	31.12.1999	
93.	Pflegeheim Hospitalstift Ellrich Hospitalstraße 34 99755 Ellrich	Jugendsozialwerk Nordhausen e.V. Arnoldstraße 17 99734 Nordhausen	12.12.1998	13.01.1999	30.08.1999	25.01.2002
94.	Pflegeheim  Am Bahnhof 9 07646 Stadtroda	DRK Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e.V. Dammstraße 32 07749 Jena	17.07.1998	25.09.1998	08.05.2000	
95.	Pflegeheim Am Alten Hügel 4 07356 Lobenstein	DRK Kreisverband Saale-Orla Am Trömel 3 07907 Schleiz	14.10.1998	01.02.1999	01.08.2000	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
96.	Pflegeheim Weststraße 10 07407 Rudolstadt	AWO Rudolstadt e.V. Weststraße 10 07407 Rudolstadt	08.11.1999	03.07.2000	30.05.2005	
97.	Pflegeheim Haus Etzelbach Ortsstraße 1 07407 Etzelbach	Sozialwerk Heuser GmbH Heimbetriebsges. f. Thüringen Hauptstraße 4 83131 Nußdorf/Inn	26.07.1999	27.10.1999	24.01.2001	20.11.2002
98.	Pflegeheim An der Krötengasse 2 98574 Schmalkalden	Seniorenwohnpark An der Krötengasse 2 98574 Schmalkalden	30.07.1998	27.07.1998	28.10.1999	
99.	Pflegeheim Seniorenweg 83 98617 Meiningen	AWO Sozial- und Pflegedienste Seniorenweg 3 98617 Meiningen	31.08.2001	06.11.2001		
100.	Pflegeheim Spitalweg 98631 Römhild	AWO Kreisverband Hildburghausen e.V. Schleusinger Straße 21 98646 Hildburghausen	03.08.1998	15.10.1998	10.01.2000	
101.	Kurzzeitpflege Am Bornhügel 15 98724 Neuhaus	ASB Kreisverband Sonneberg Markt 5 96515 Sonneberg	12.12.1998	15.09.1999	01.01.2000	
102.	Pflegeheim Hufelandstraße 7a/11 98527 Suhl	AWO Stadtverband Suhl e.V. Hufelandstraße 11 98527 Suhl	10.06.1998	13.07.1998	29.10.1999	
103.	Pflegeheim Klosterzella 1 99976 Rodeberg-Struth	Ev. Heimstätte e.V. Klosterzella 1 99976 Rodeberg-Struth	13.10.2000	04.12.2000	12/2004	
104.	Pflegeheim Backsberg 100 99958 Großvargula	VDSE GmbH Marseille-Kliniken Sportallee 1 22335 Hamburg	01.03.1999	06.04.1999	01.11.2000	
105.	Pflegeheim Goethestraße 37 99830 Treffurt	Arbeiter-Samariter-Bund Kreisverband Eisenach e.V. Rennbahn 3 99817 Eisenach	01.03.1999	09.06.1999	23.01.2001	
106.	Pflegeheim „Elisabethenruhe“ Mariental 21/23 99817 Eisenach	Caritasverband Bistum Erfurt e.V. Wilhelm-Külz-Straße 33 99014 Erfurt	11.06.1999	04.10.1999	15.08.2003	
107.	Pflegeheim Dorfstraße 30 99518 Niedertrebra	DRK Kreisverband Apolda e.V. Bernhardstraße 27 99510 Apolda	15.09.1998	19.03.1999	01.08.2000	
108.	Pflegeheim Paul-Schneider-Straße 1 99510 Apolda	DRK Kreisverband Apolda e.V. Bernhardstraße 27 99510 Apolda	12.12.1998	08.12.2000	31.05.2004	
109.	Pflegeheim Rankestraße 59 99096 Erfurt	ASB gemeinnützige Gesellschaft für stat. u. ambulante Seniorenhilfe mbH Rankestraße 59 99096 Erfurt	22.08.2002	18.12.2002	22.08.2005	
110.	Pflegeheim Christinenhof Albert-Schweizer-Str. 17 37308 Heiligenstadt	Einrichtungen der Provinzial- Sächsischen Genossenschaft des Johannerordens GmbH Gartenstraße 22 39638 Gardelegen	31.08.2001	08.11.2002	03.05.2005	
111.	Pflegeheim Sälzerweg 2 99988 Diedorf	Altenpflegeheim Diedorf GmbH Sälzerweg 2 99988 Diedorf	30.05.2001	03.09.2001	28.10.2002	
112.	Pflegeheim Geraer Str. 35 04600 Altenburg	Hospitalstiftung zu Altenburg Geraer Str. 35 04600 Altenburg	11.01.2000	03.02.2000	12.06.2001	
113.	Pflegeheim Feldgasse 24 98544 Zella-Mehlis	DRK Kreisverband Suhl e.V. Bahnhofstraße 13 98527 Suhl	13.10.2000	24.10.2003	12/2004	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
114.	Pflegeheim „Hüttenholz“ Hans-Eisler-Str. 16 98693 Ilmenau	AWO BV Südthüringen e.V. Straße des Friedens 13 98693 Ilmenau	04.08.1998	17.08.1998	10.03.1999	06.05.2002
115.	Pflegeheim Nord Nordplatz 15 04600 Altenburg	DRK Kreisverband Altenburger Land e.V. Langengasse 21 04600 Altenburg	05.03.1999	11.11.1999	18.09.2002	
116.	Pflegeheim Georgenhof Am Schleierborn 9 99817 Eisenach	Georgenhof Seniorenzentrum Am Schleierborn 9 99817 Eisenach	21.03.2000	21.08.2000	15.01.2002	
117.	Pflegeheim Justusstift Hospitalstraße 11 99817 Eisenach	DRK Kreisverband Eisenach e.V. Mühlhäuser Str. 87 99817 Eisenach	08.11.1999	15.05.2000	07.12.2001	
118.	Pflegeheim für Behinderte „Augusta-Viktoria-Stift“ Haus II Heinrich-Heine-Str. 2 99086 Erfurt	Augusta-Viktoria-Stift-Stiftung  Heinrich-Heine-Str. 15a 99084 Erfurt	BB: 11.06.1999 VV: 22.11.2001	10.05.2000	29.06.2001	
119.	Pflegeheim „Haus am Nordpark“ Baumer Straße 99089 Erfurt	Senioren- u. Pflegeheim gGmbH  J.-Gagarin-Ring 4 99084 Erfurt	19.11.2002	10.03.2003		
120.	Pflegeheim des Deutschorde n Vilniuser Str. 14 99089 Erfurt	Deutschorde-Wohnstift „Konrad Adenauer“ Straßburger Platz 2 51109 Köln-Neubrück	13.10.2000	26.02.2001	04.07.2003	
121.	Pflegeheim für Behinderte Robert-Havemann-Straße 07551 Gera	AWO Alten- Jugend- und Sozialhilfe gGmbH Pfeifersgasse 12 99084 Erfurt	21.11.2002	26.07.2004	14.11.2005	
122.	Pflegeheim für Behinderte Fr.-Stephan-Str. 40 07549 Gera	Behindertenhilfe und Rehabilitations GmbH Fr.-Stephan-Str. 40 07549 Gera	BB: 13.10.2000 VV: 28.10.2002	12.06.2001	01.10.2002	
123.	Pflegeheim „Kurt Neubert“ Kahlaer Str. 20 07549 Gera	Geraer Heimbetriebsges. mbH Kahlaer Str. 20 07549 Gera	19.11.2002	03.08.2004	11.08.2005	
124.	Pflegeheim „Grüner Weg“ Berliner Str. 210 07546 Gera	ASB Kreisverband Gera e.V. Berliner Str. 210 07546 Gera	13.10.2000	26.06.2001	06.08.2001	
125.	Pflegeheim für Menschen mit psychischer Behinderung H.-Schwerdt-Str. 21 99880 Waltershausen	AWO Kreisverband Gotha e.V.  J.-Gagarin-Str. 2-4 99867 Gotha	BB: 19.07.1999 VV: 07.05.2002	13.12.1999	01.07.2001	
126.	Pflegeheim für Behinderte Schönauerstraße 7 99887 Georgenthal	Schloß Georgenthal Heimbetriebsgesellschaft mbH Schloßplatz 2 99887 Georgenthal	06.08.2001	28.01.2002	22.11.2002	
127.	Pflegeheim für Behinderte Krahnweg 7 07950 Triebes	AWO Soziale Dienste gGmbH Pausaer Straße 80 07937 Zeulenaue	BB: 14.08.1998 VV: 29.11.2000	19.11.1999	12.01.2000	
128.	Pflegeheim für Behinderte „Vogelshof“ Vogelshofstr. 14 98553 Schleusingen	Wilh.-Augusta-Stift Seniorenzentrum Lutherhausstraße 2 98553 Schleusingen	20.04.2000	13.11.2000	01.12.2001	
129.	Pflegeheim „Martin Luther“ Rautenstraße 17 99734 Nordhausen	Diakonie in Nordhausen e.V. Stiftung „Maria im Elende“ gGmbH Poststraße 7 99734 Nordhausen	08.11.1999	15.03.2000	11.06.2001	03.02.2004
130.	Pflegeheim für Menschen mit psychischer Behinderung Arnshaugker Str. 62a 07806 Neustadt/O.	AWO Kreisverband Saale-Orla e.V. Schlettweiner Steig 5 07381 Poßneck	BB: 18.01.2000 VV: 19.07.2002	20.03.2000	01.06.2001	

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Beschaid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
131.	Pflegeheim für Behinderte Am Schloßberg 33 07336 Könitz	AWO Kreisverband Saalfeld/Rudolstadt e.V. Rainweg 91 07318 Saalfeld	BB: 01.03.1999 VV: 21.05.2001	03.05.1999	01.09.2000	
132.	Pflegeheim Bocksberg 3 07330 Probstzella	Seniorenzentrum GmbH „Bocksberg“ Bocksberg 3 07330 Probstzella	22.03.2000	25.04.2000	10.12.2001	
133.	Pflegeheim für Behinderte An der Steinach 29 96524 Mupperg	AWO Kreisverb. Sonneberg e.V. Am Bornhügel 10 96724 Neuhaus	BB: 13.10.2000 VV: 19.09.2002	01.11.2000	01.03.2002	
134.	Pflegeheim für Behinderte Am Cuxhof 3 99826 Mihla	DRK Kreisverband Eisenach e.V. Mühlhäuser Str. 87 99817 Eisenach	13.10.2001	06.05.2001	24.02.2004	
135.	Pflegeheim für psychisch Behinderte „Am Paradies“ Moskauer Str. 65 99427 Weimar	„Seniorenzentrum“ gGmbH Schwanseestraße 101 99425 Weimar	BB: 01.09.1999 VV: 31.08.2001	05.10.1999	09.10.2000	27.07.2002
136.	Pflegeheim Waldstraße 1 99439 Ettersburg	„Seniorenzentrum“ gGmbH Schwanseestraße 101 99425 Weimar	18.06.1999	20.09.1999	31.12.2000	
137.	Pflegeheim für Behinderte „Bonifatiusstift“ Hauptstraße 26 37345 Neustadt	Raphaelsheim gGmbH Rinne 31 37308 Heiligenstadt	13.10.2000	21.11.2000	07.03.2003	
138.	Pflegeheim Am Brückenplatz 04626 Schmölln	Schmöllner Heimbetriebs mbH Am Brauereiteich 6 04626 Schmölln	BB: 22.08.2002	03.01.2003	25.10.2004	
139.	Pflegeheim Hospital zum Heiligen Geist Hospitalstrasse 1a 37308 Heiligenstadt	Pflegeheim Hospital zum Heiligen Geist Hospitalstrasse 1a 37308 Heiligenstadt	19.11.2002	15.04.2003	03.11.2005	
140.	Pflegeheim Krankenhausstraße 7 07368 Ebersdorf	Saale-Neckar-Diakonie gGmbH Bayerische Straße 13 07356 Lobenstein	29.11.2002	05.10.2004		
141.	Pflegeheim Hospitalstift Hospitalstraße 34 99755 Ellich	Jugendsozialwerk Nordhausen e.V. Arnoldstraße 17 99734 Nordhausen	21.11.2002	03.11.2003	01.11.2004	
142.	Pflegeheim St. Elisabeth-Heim Herderstrasse 5 99096 Erfurt	„Jucius Hebel“-Stiftung Wilhelm-Külz-Strasse 33 99084 Erfurt	11.07.2002	04.09.2002	19.11.2004	
143.	Pflegeheim für schwerst- mehrfach behinderte Menschen „Schloss Georgenthal“ Schlossplatz 2 99887 Georgenthal	Schloss Georgenthal Heimbetriebsgesellschaft mbH Schlossplatz 2 99887 Georgenthal	21.11.2002	11.10.2004	10.12.2005	
144.	Tagespflege Bahnhofstraße 16/18 07589 Münchenbernsdorf	Gesellschaft für Sozialmanagement der Stadt Münchenbernsdorf mbH Bahnhofstraße 16/18 07589 Münchenbernsdorf	19.11.2002	06.01.2004	30.09.2004	
145.	Pflegeheim Straße der Opfer des Faschismus 15 07580 Ronneberg	Pflegeheim Ronneburg GmbH Straße der Opfer des Faschismus 15 07580 Ronneberg	31.05.2002	02.08.2002	13.05.2004	
146.	Pflegeheim Theresien Leimriether Hauptstr. 5 98646 Hildburghausen	Theresien Seniorenresidenz GmbH & Co. KG Leimriether Hauptstr. 5 98646 Hildburghausen/Leimrieth	25.11.2002	27.09.2004	08.08.2005	
147.	Pflegeheim „Hüttenholz“ Hanns-Eisler-Str. 16 98693 Ilmenau	AWO Alten- Jugend- und Sozialhilfe gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	21.11.2002	01.10.2004		

lfd. Nr.	Vorhaben	Träger	Bescheid vom (Änderungs- bescheid vom)	Baubeginn	Inbetriebnahme	Verwendungs- nachweis
148.	Kurzzeitpflege Ambulante Kranken- und Altenpflege - Neuroda Büchelohrer Str. 14 99310 Wipfratal	Christine Schida Kurzzeitpflege - Neuroda -  Büchelohrer Str. 14 99310 Wipfratal	BB: 25.09.2002	06.11.2002	22.10.2003	
149.	Kurzzeitpflege Sozialstation am Kohnstein Am Hagen 4 99735 Günzerode	Diakonie-Werk Landkreis Nordhausen-West e.V. Am Hagen 3a 99735 Günzerode	BB: 04.07.2002	01.08.2002	02.05.2003	
150.	Pflegeheim Diakoniezentrum Bethesda „Haus Käthe Kollwitz“ Rudolf-Breitscheid-Str. 22 07607 Eisenberg	Diakoniezentrum Bethesda e.V.  Johanniterstrasse 1 07607 Eisenberg	BB: 22.08.2002	07.02.2003	02.04.2004	
151.	Pflegeheim Ev. Allianzhaus Wirbacher Straße 07422 Bad Blankenburg	Diakonisches Altenhilfezentrum Saalfeld-Rudolstadt Im Rudolfspark 6 07207 Rudolstadt	19.11.2002	08.07.2003	16.12.2004	
152.	Tagespflege Neuer Weg 8 98530 Dietzhausen	Volkssolidarität KV.Suhl e.V. Würzburger Str. 3 98529 Suhl	28.12.2001	18.02.2002	26.06.2002	
153.	Pflegeheim Rimbachstrasse 28 98527 Suhl	Diakonisches Werk Henneberger Land e.V. Mühlthorstr. 24 98527 Suhl	29.10.2002	16.12.2002	10/2004	
154.	Sonderpflegeheim im Ökumenischen Hainich Klinikum Pfafferode 102 99974 Mühlhausen	Ökumenisches Hainich Klinikum  Pfafferode 102 99974 Mühlhausen	19.11.2002	05.01.2004	06.04.2005	
155.	Pflegeheim Gartenstraße Gartenstrasse 31 99974 Mühlhausen	Heimeinrichtungen Mühlhausen Landratsamt Unstrut-Hainich-Kr. Gartenstrasse 31 99974 Mühlhausen	28.12.2001	27.05.2002	21.12.2004	
156.	Pflegeheim Unterstr. 10 36457 Weilar	Diakonieverbund Eisenach gGmbH Friedenstrasse 10 99817 Eisenach	19.11.2002	02.04.2004	16.12.2005	
157.	Pflegeheim AWO Seniorenzentrum Sophroner Strasse 1 99427 Weimar	AWO Kreisverband Weimar e.V.  Schwabestrasse 11 99423 Weimar	21.11.2002	11.11.2002	21.04.2004	
158.	Pflegeheim Arnstädter Straße 99895 Ordruf	AWO Kreisverband Gotha Juri-Gagarin-Straße 2 - 4 99867 Gotha	02.07.1999	01.03.2000	22.10.2001	
159.	Pflegeheim „Emmaus“  Lobensteiner Straße 17 07368 Ebersdorf	Diakonische Einrichtungen der Diakonissenanstalt „Emmaus“ Niesky Lobensteiner Straße 17 07368 Ebersdorf	19.11.2002	17.03.2003	09.09.2003	
160.	Pflegeheim Gartenstraße 6 99994 Schlotheim	AWO Alten- Jugend und Sozialhilfe gGmbH Pfeiffersgasse 12 99084 Erfurt	21.11.2002	13.09.2004	03.11.2005	





## Aufgabe und Ziele der Sozialhilfe

### Allgemeines

1 Die Sozialhilfe stellt als „unterstes soziales Netz“ einen wesentlichen Bestandteil des Gesamtsystems der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland dar. Deshalb enthält der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuches (SGB I) in seiner Übersicht über soziale Rechte in § 9 SGB I das Recht auf Leistungen der Sozialhilfe. Einen Überblick über die breit gefächerten, weil alle Lebenssituationen berücksichtigenden Leistungen gibt § 28 SGB I. Die Vorschriften des Sozialhilferechts sind seit dem 1. Januar 2005 im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) enthalten.

2 Die übrigen sozialen Sicherungssysteme, die der Sozialhilfe vorrangig, d. h. vorgelagert sind, erfassen jeweils abgegrenzte Personenkreise und sichern diese bei Eintritt definierter Risiken durch Erbringung von Versicherungsleistungen ab bzw. sehen Versorgungsleistungen bei Eintritt eines definierten Versorgungsfalles vor. Damit lassen Sozialversicherung, Arbeitsförderung und Sozialversorgung Lücken in der Absicherung offen, weil sie Leistungen zur Beseitigung bestimmter Notlagen nicht vorsehen, bestimmte Personenkreise nicht erfassen oder im Einzelfall keine ausreichenden Leistungen erbringen. Die Sozialhilfe hingegen hat einzugreifen, wenn - unabhängig von den hierfür verantwortlichen Ursachen - keine Ansprüche gegen ein anderes soziales Sicherungssystem bestehen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass sich eine Person nicht aus eigenen Kräften und Mitteln aus einer Notlage befreien kann. Dabei ist, von eng begrenzten Ausnahmen abgesehen, auch zu prüfen, ob die Notlage durch Realisierung von Unterhaltsansprüchen gegen andere Personen vermindert oder gänzlich beseitigt werden kann. Die Sozialhilfe greift also als unterstes soziales Netz erst dann ein,

wenn keine andere Abhilfe möglich ist. Dieses Subsidiaritäts- oder Nachrangprinzip ist in § 2 SGB XII festgeschrieben (Rdnr. 27). Auf Grund dieser Sonderstellung im sozialen Sicherungssystem beinhaltet das Sozialhilferecht im SGB XII ein breit gefächertes Leistungssystem, um für die durch unterschiedliche Lebenslagen verursachten Bedarfssituationen in Art und Umfang angepasste Hilfen bereit zu stellen. Finanziert wird die Sozialhilfe aus öffentlichen Steuermitteln.

3 Mit seiner Ergänzungs- und Ausfallfunktion hat die Sozialhilfe heute eine Bedeutung erlangt, die ihr ursprünglich nicht zugeordnet war. Die Sozialhilfe, ursprünglich als für einen eng abgegrenzten Personenkreis in besonderen Notlagen konzipiert, ist in den letzten Jahrzehnten zu einem weit gespannten sozialen Auffangnetz geworden. Im Jahr 2003 beliefen sich die Sozialhilfeausgaben auf 3,8% aller staatlichen Sozialabgaben nach dem Sozialbudget.

### Aufgabe und Ziele

4 Aufgabe der Sozialhilfe ist es nach § 1 SGB XII, den Leistungsberechtigten, also Personen in materiellen Notlagen, die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Dadurch wird die Sicherstellung eines soziokulturellen Mindestniveaus in der Bundesrepublik Deutschland garantiert und Armut sowie durch Armut verursachte soziale Ausgrenzung verhindert. Armut bedeutet deshalb nach dem, der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung (Rdnr. 16) zu Grunde liegenden, umfassenden Verständnis die Ungleichheit von Lebensbedingungen und die Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard. Die durch die Sozialhilfe zu ermöglichende menschenwürdige Lebensführung beschränkt sich deshalb nicht allein auf die Behebung materieller Mängel, sondern bezieht auch fehlende kulturelle und soziale Mittel ein. Nur mit diesem

umfassenden Ansatz kann die Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard verhindert werden. Bei der Sozialhilfegewährung ist deshalb auf die jeweils herrschenden Lebensgewohnheiten und Erfahrungen insbesondere der Menschen mit geringem Einkommen Rücksicht zu nehmen. Damit wird es Leistungsberechtigten in der Sozialhilfe ermöglicht, ähnlich wie Personen mit unterdurchschnittlichem Einkommen, die keine Sozialhilfeleistungen beziehen, zu leben und damit nicht als Sozialhilfebezieher erkennbar zu sein

5 Aus diesen Grundsätzen leitet sich der Bedarfsdeckungsgrundsatz ab. Dieser besagt, dass mit den Leistungen der Sozialhilfe ein Bedarf zu definieren und zu decken ist, ohne den ein menschenwürdiges Leben nicht geführt werden kann. Der mit diesen Leistungen verfolgte Zweck muss tatsächlich erreicht werden. Dies bedeutet aber auch, dass ein darüber hinaus gehender Bedarf nicht zu decken ist. Aus dem Bedarfsdeckungsgrundsatz ergibt sich ferner, dass die Sozialhilfeleistungen für einen konkreten Zweck geleistet werden und aus diesem Grund für den Leistungsberechtigten nicht verzichtbar sind. Sozialhilfeleistungen sind deshalb nicht übertragbar, sie können auch nicht gepfändet oder verpfändet werden.

6 Dabei darf allerdings nicht das Ziel der Sozialhilfe außer Acht gelassen werden: Den Leistungsberechtigten soweit wie möglich zu befähigen, unabhängig von Hilfeleistungen als selbständig handelnder und wirtschaftender Mensch am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen; hierbei muss er nach seinen Kräften mitwirken. Dieser in § 1 SGB XII enthaltene Grundsatz wird als Hilfe zur Selbsthilfe bezeichnet.

## **Geschichte der Sozialhilfe und Entwicklung der Rechtsgrundlagen**

### **Vorläufer der Sozialhilfe**

7 Der Ursprung der heutigen Sozialhilfe liegt im mittelalterlichen kommunalen Armenwesen, nach der die Hilfe für in Not geratene Menschen neben kirchlicher und privater Mildtätigkeit der Wohnortgemeinde oblag. Im Zusammenhang mit der Industrialisierung und ihren sozialen Folgen im 19. Jahrhundert wurden als Selbsthilfeorganisationen auch Vereinigungen der Arbeiterbewegung tätig. Staatliche Hilfe beschränkte sich jedoch auf das von den Gemeinden getragene Armenwesen und diese setzte voraus, dass der Notleidende dort auch das Heimatrecht besaß. Erst

Anfang des 20. Jahrhunderts waren in den meisten Ländern des damaligen Kaiserreichs Elemente einer neuzeitlichen Wohlfahrtspflege erkennbar, was im Wesentlichen bedeutete, dass auf Grund staatlichen Zwangs und überkommener finanzieller Unterstützung auch Ortsfremden Hilfe zu gewähren war.

8 Vorherrschend war jedoch noch immer die Sichtweise, dass Arme ihr Los mehr oder weniger selbst verschuldet hatten und ihnen deshalb kaum das zum Leben Notwendige gegeben wurde. Diese Auffassung konnte erst in Folge der wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen des Ersten Weltkriegs überwunden werden. Die weit verbreitete Not Anfang der zwanziger Jahre des letzten Jahrhunderts zeigte unmissverständlich deutlich, dass sozialer Notstand auch andere Ursachen als eigenes Verschulden haben kann. Die gemeindliche und nichtstaatliche Hilfe – letzteres durch die sich zu so genannten Wohlfahrtsverbänden zusammenschließenden Organisationen (Rdnr. 29 f) – erwies sich zunehmend als unzureichend. Daraus zog die Sozialpolitik der Weimarer Republik die Konsequenz, das bisherige Armenrecht zu überwinden. Dazu wurden die rechtlichen Grundlagen der Fürsorge von Landesrecht in Reichsrecht überführt. Durch die 1924 verabschiedete Verordnung über die Fürsorgepflicht und die „Grundsätze über Voraussetzung, Art und Maß öffentlicher Fürsorgeleistungen“ wurde erstmals ein für ganz Deutschland einheitliches Fürsorgerecht eingeführt, der Vorläufer des heutigen modernen Sozialhilferechts.

### **Von der Fürsorge zur Sozialhilfe - das Bundessozialhilfegesetz**

9 Durch Artikel 74 Nr. 7 des Grundgesetzes ist die öffentliche Fürsorge seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland der konkurrierenden Gesetzgebung zugeordnet. Der damit den Ländern im Fürsorgebereich ermöglichte Erlass von Gesetzen ist davon abhängig, dass der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz nicht bzw. in vollem Umfang durch Gesetz Gebrauch gemacht hat. Der Bundesgesetzgeber kann in einem unter die konkurrierende Gesetzgebung fallenden Rechtsgebiet nur dann Bundesgesetze erlassen, wenn und soweit dies zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse unverzichtbar ist. Diese Erforderlichkeit wird im Bereich des Sozialhilferechts gesehen. Allerdings zeigt das SGB XII, dass der Bundesgesetzgeber keine in vollem Umfang abschließende

Gesetzgebungskompetenz beansprucht. In vielen Einzelfragen hat der Bundesgesetzgeber den Ländern die Möglichkeit für abweichende bzw. eigenständige Regelungen eingeräumt. Bundesgesetze, die die Sozialhilfe zum Gegenstand haben, sind neben der Zustimmung des Deutschen Bundestages auch von der Zustimmung des Bundesrates abhängig.

Hintergrund hierfür ist, dass die Sozialhilfe von den Kommunen (d. h. kreisfreie Städte, Landkreise bzw. Kreise) sowie weiteren Träger der Sozialhilfe (Rdnr. 263 ff) durchgeführt wird, die verfassungsrechtlich Teil der Länder sind. Folgerichtig unterstehen die die Sozialhilfe durchführenden Verwaltungskörperschaften der Rechtsaufsicht der Länder, nicht aber der Aufsicht durch das für die Sozialhilfe zuständigen Bundesministerium. Dies ist seit November 2005 das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

*10* Auf dieser verfassungsrechtlichen Grundlage wurde das von der Weimarer Republik übernommene Fürsorgerecht weiterentwickelt. Erste bundesgesetzliche Rechtsgrundlage der Sozialhilfe war das nach mehrjähriger Vorarbeit 1961 verabschiedete und am 1. Juni 1962 in Kraft getretene Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Durch diese Reform wurde das Recht der öffentlichen Fürsorge modernen rechts- und sozialstaatlichen Anschauungen sowie den geänderten sozialen Verhältnissen angepasst. Die auf die Gewährung des notwendigen Lebensunterhalts gerichtete Fürsorge wurde zur Sozialhilfe weiterentwickelt, die die Führung eines der Würde des Menschen entsprechenden Lebens zum Ziel hat.

*11* Das Bundessozialhilfegesetz galt bis Jahresende 2004 und wurde in diesen fast 42 Jahren seiner Geltung zum Gegenstand von etwa 70 gesetzlichen Änderungen. Zu unterscheiden waren dabei sowohl Änderungen, die unmittelbar auf Weiterentwicklungen oder auch Korrekturen im Sozialhilferecht abzielten, aber auch Auswirkungen von Reformen in anderen Sozialrechtsbereichen, die zu Folgeänderungen im Sozialhilferecht führten. Der Vielzahl an unmittelbaren Änderungen des Sozialhilferechts lagen unterschiedliche Ziele und Motive zu Grunde. Dabei wechselten Phasen der Weiterentwicklung des Leistungsrechts mit Phasen der Konsolidierung öffentlicher Haushalte. Letztere führten vorübergehend Einschränkungen der Leistungen, punktuellen Begrenzungen des leistungsberechtigten Personenkreises und Ausweitungen des Ermessensspielraums der Sozialhilfeverwaltung. Über die Jahrzehnte hinweg

konnte jedoch die Kaufkraft der Leistungen erhalten und somit sichergestellt werden, dass die Sozialhilfeleistungen ihre Funktion dauerhaft erfüllen konnten.

*12* Großen Einfluss auf die Entwicklung der Sozialhilfe hatte seit 1990 die deutsche Einheit. Der Aufbau eines Sozialhilfesystems nach dem Vorbild der Bundesrepublik begann bereits auf der Grundlage eines noch von der freigewählten Volkskammer der ehemaligen DDR 1990 verabschiedeten Gesetzes. Die anfänglich im Vergleich zu Westdeutschland geringe Inanspruchnahme der Sozialhilfe, ermöglicht durch eine Vielzahl an Maßnahmen zur sozialen Abfederung des wirtschaftlichen Strukturbruchs in Ostdeutschland, erleichterte diese Aufbauphase. Ab 1. Januar 1991 galt das BSHG auch in den neuen Ländern.

Die durch die finanziellen Folgen der deutschen Einheit und der darauf folgenden wirtschaftlichen Entwicklung erforderlich gewordenen Maßnahmen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte führten 1993 auch zu Eingriffen in das Sozialhilferecht. Neben punktuellen Weiterentwicklungen kam es deshalb vor allem zu Einsparungsmaßnahmen und Bestimmungen zur Missbrauchsbekämpfung. Bereits 1996 trat jedoch eine Reform des BSHG in Kraft, durch die Weichen für eine langfristige Stabilisierung dieser tragenden Säule des sozialen Sicherungssystems gestellt wurden.

*13* Während der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts kam es auch erstmals zu einer Ausgliederung von leistungsberechtigten Personenkreisen, für die eigene Leistungsgesetze geschaffen wurden. Seit 1. November 1993 erhielten Asylbewerber keine Leistungen mehr nach dem BSHG, sondern nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (vgl. Kapitel 21). Im Jahr 2001 wurde das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) verabschiedet, durch das zum 1. Januar 2003 die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eingeführt wurde. Diese neue Leistung ersetzt seither für Personen, die das 65. Lebensjahr oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, die Hilfe zum Lebensunterhalt (Rdnr. 130 und 134).

*14* Die Entwicklung des BSHG und auch des GSiG endet mit der Aufhebung beider Gesetze zum Jahresende 2004; sie wurden zum 1. Januar 2005 durch das neue SGB XII abgelöst.

## Das neue Sozialhilferecht im SGB XII

### Gründe für die Sozialhilfreform

15 Die Gründe, die zur Reform des BSHG geführt haben, waren vielfältig. Das BSHG war bei seinem In-Kraft-Treten darauf ausgerichtet, Hilfe in Einzelfällen und damit für eine begrenzte Personenzahl zu leisten. Seither haben jedoch gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Veränderungen dazu geführt, dass immer mehr Personenkreise in die Sozialhilfe „hineingeraten“ sind. Folge war ein erheblicher Anstieg der Zahl der Sozialhilfebezieher. So ist bei der zur Bestreitung des laufenden Lebensunterhalts zu leistende Hilfe zum Lebensunterhalt eine erhebliche Ausgabensteigerung zu verzeichnen, ebenso bei den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Rdnr. 293). Die Sozialhilfe ist entgegen ihrer ursprünglichen Konzeption für bestimmte Lebenslagen immer mehr zu einer Regularisierung geworden.

16 Zu den Ursachen dieser Entwicklung hat die Bundesregierung in ihrem 2001 und 2005 vorgelegten ersten und zweiten Armuts- und Reichtumsbericht (Bundestagsdrucksache 14/5990, 15/5015) festgestellt, dass das Armutsrisiko in erheblichem Umfang mit Arbeitslosigkeit in Zusammenhang steht. Mit steigender Arbeitslosigkeit waren immer mehr Menschen zumindest auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe angewiesen. Hierin lag eine der Hauptursachen für den festzustellenden Anstieg bei den Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Rdnr. 87).

17 Als Reaktion auf diese Entwicklung kamen zunehmend Forderungen nach einer grundlegenden Reform der Sozialhilfe auf, um den veränderten sozialen Bedingungen Rechnung zu tragen. So nahm der Deutsche Bundestag am 14. März 2002 einen Entschließungsantrag („Fördern und Fordern - Sozialhilfe modern gestalten“, Bundestagsdrucksache 14/7293) an, durch den das Ziel einer Reform der Sozialhilfe bekräftigt wurde. Konkret wurde darin u. a. gefordert, die Hilfe zum Lebensunterhalt zu einem einfachen, transparenten und in sich konsistenten System der Gewährung der materiellen Hilfeleistungen für den Lebensunterhaltsbedarf weiterzuentwickeln. Ferner sollte die Reform dazu führen, durch mehr individuelle Unterstützung Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden.

18 Darüber hinaus forderten die Länder in Beschlüssen der Arbeits- und Sozialministerkonferenzen 2000 und 2001 Vereinfachungen für die Verwaltung, insbesondere in Form von pauschalierten Leistungen, wovon sie sich zugleich eine Stärkung der Selbstverantwortung der Betroffenen versprachen. Generell sollten nach Ansicht der Länder die aktivierenden gegenüber den passiven Leistungen in den Vordergrund gestellt werden („Fördern“) und die Hilfeberechtigten aktiv in den Hilfeprozess einbezogen werden und dadurch auch Verantwortung für den Erfolg der Hilfe mit übernehmen („Fordern“).

19 Große Auswirkungen auf die Sozialhilfreform hatte das Gesamtkonzept zur Modernisierung der Arbeitsmarktpolitik, das die von der Bundesregierung als Reaktion auf die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit eingesetzte Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ (Hartz-Kommission) im 16. August 2002 vorgelegt hatte. Einer der Kernpunkte dieses Konzepts war der Vorschlag, die Arbeitslosenhilfe und die Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe für alle erwerbsfähigen Bezieher beider Leistungen zu einer vom Bund finanzierten Leistung zusammenzufassen (vgl. Kapitel 2).

### Gesetzgebungsverfahren

20 Vor diesem Hintergrund sah die zu Beginn der 15. Wahlperiode von den beiden Regierungsparteien am 16. Oktober 2002 geschlossene Koalitionsvereinbarung eine Gesamtreform der Sozialhilfe vor, die bewährten Grundsätzen ebenso Rechnung tragen sollte wie der Verbesserung aktivierender Instrumente zur Stärkung der Hilfe zur Selbsthilfe.

21 Auf dieser Basis wurde der Entwurf eines Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch erarbeitet. Das sich daran anschließende Gesetzgebungsverfahren verlief parallel mit dem für das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV), durch das die Grundsicherung für Arbeitsuchende im neuen Sozialgesetzbuch II eingeführt wurde (vgl. Kapitel 2). Dieser zeitliche Zusammenhang beider Gesetzgebungsverfahren war wegen deren inhaltlichen Zusammenhängen erforderlich:

- Mit dem SGB II erhalten Hilfebedürftige seit dem 1. Januar 2005 unter folgenden Voraussetzungen einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II an Stelle der bisherigen Arbeitslosenhilfe und der Hilfe zum Lebensunterhalt: Sie sind zwischen 15 und

unter 65 Jahre alt und aus arbeitsmedizinischer Sicht erwerbsfähig (zur Definition von Erwerbsfähigkeit vgl. Rdnr. 86). Sofern Angehörige in ihrem Haushalt leben, erhalten diese, wenn sie selbst nicht die Anspruchsvoraussetzungen für Arbeitslosengeld II erfüllen, einen Anspruch auf Sozialgeld nach dem SGB II.

- Alle übrigen, nicht erwerbsfähigen hilfebedürftigen Personen erhalten seit 1. Januar 2005 Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII zur Bestreitung des Lebensunterhalts.
- Die Leistungshöhe der Hilfe zum Lebensunterhalt wird im SGB II für die Höhe von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld übernommen; die Sozialhilfe nach dem SGB XII ist damit das Referenzsystem für das SGB II.

22 Das erst vom Vermittlungsausschuss zum Abschluss gebrachte Gesetzgebungsverfahren führte für das neue Sozialhilferecht im SGB XII zu einer weiteren Neuerung: Das bislang im GSiG enthaltene Recht der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurde in das SGB XII integriert.

23 Wie schon beim BSHG, so ist auch mit der Einführung des SGB XII die Entwicklung des Sozialhilferechts nicht abgeschlossen. Bereits vor In-Kraft-Treten wurden Vorschriften des SGB XII geändert, wobei es sich um die nach einem langen und umfangreichen Gesetzgebungsverfahren einschließlich Vermittlungsverfahren unausweichlichen erste klarstellenden und richtig stellenden Änderungen sowie punktuellen Ergänzungen handelte. Diese Änderungen sind im Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 9. Dezember 2004 sowie im Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 29. März 2005 enthalten. Darüber hinaus beinhalten das Zuwanderungsgesetz vom 30. Juli 2004 Anpassungen des SGB XII an das neue Ausländerrecht und das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung vom 9. Dezember 2004 als Folgeänderung eine begriffliche Anpassung des SGB XII.

### Konzeption des SGB XII

24 Grundlage des Gesetzentwurfs war die Einordnung des bisher im BSHG enthaltenen Sozialhilferechts als neues Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch. Als weitere Vorgabe für die Reform stand

von Beginn an die Zusammenlegung der bisherigen Arbeitslosenhilfe mit der Hilfe zum Lebensunterhalt für Erwerbsfähige fest. Da der Bund im Voraus als Kostenträger der neuen Leistung Arbeitslosengeld II und Sozialgeld feststand, war die Kostenverlagerung hin zum Bund und damit eine – beabsichtigte – Kostenentlastung der Kommunen bei der Sozialhilfe bereits vorgegeben. Ziel der Sozialhilfereform war es jedoch nicht, diese Kostenentlastung bei den Kommunen durch Leistungsausweitungen partiell oder vollständig zu unterlaufen. Stattdessen war es das Ziel, die Kostenentwicklung der Sozialhilfe auf dieser abgesenkten Ausgangsbasis längerfristig zu stabilisieren. Die Reform führte im Ergebnis zu deutlichen Umschichtungen zwischen einzelnen Leistungen. Einsparungen an einer Stelle stehen deshalb Mehrausgaben an anderer Stelle gegenüber.

25 Die Reform des Sozialhilferechts war verbunden mit einer systematischen Neuordnung nach dem Gliederungsschema des Sozialgesetzbuchs. So wurden insbesondere bislang im BSHG verteilte, aber inhaltlich zusammengehörige Regelungsinhalte neu geordnet und zusammengefasst. Die im BSHG enthaltene Zweiteilung der Sozialhilfe in „Hilfe zum Lebensunterhalt“ und „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ wurde aufgegeben, der Begriff der „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ nicht in das SGB XII übernommen. Stattdessen wurden die Hilfearten für die unterschiedlichen Lebenslagen jeweils in einem eigenen Kapitel zusammenfasst. Daraus ergibt sich folgende Kapiteileinteilung:

- Erstes Kapitel: Allgemeine Vorschriften
- Zweites Kapitel : Leistungen der Sozialhilfe
- Drittes Kapitel bis Neuntes Kapitel: Leistungen der Sozialhilfe
- Zehntes Kapitel: Einrichtungen
- Elftes Kapitel: Einsatz des Einkommens und Vermögens
- Zwölftes Kapitel: Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe
- Dreizehntes Kapitel: Kosten
- Vierzehntes Kapitel: Verfahrensbestimmungen
- Fünfzehntes Kapitel: Statistik
- Sechzehntes Kapitel: Übergangs- und Schlussbestimmungen



Ergänzt wird die Neukodifikation durch eine sprachliche Modernisierung der Vorschriften, um die Verständlichkeit und damit die Benutzerfreundlichkeit des Gesetzes zu verbessern.

### Allgemeine Grundsätze der Sozialhilfe

26 Die im Ersten Kapitel des SGB XII mit den §§ 1 bis 7 SGB XII enthaltenen allgemeinen Grundsätze der Sozialhilfe, nämlich die Grundsätze der Bedarfsdeckung, der Individualisierung und des Nachrangs der Sozialhilfe wurden im Wesentlichen inhaltlich unverändert aus dem BSHG übernommen.

27 Neben der Definition der Aufgabe der Sozialhilfe in § 1 SGB XII (Rdnr. 2 ff) wird in § 2 SGB XII der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (Nachrangprinzip) festgelegt. Dieser bedeutet, dass nur Hilfe erhält, wer sich selbst nicht helfen kann oder der die erforderliche Hilfe nicht von anderen erhält. Verpflichtungen Unterhaltspflichtiger oder anderer Sozialleistungsträger gehen den Verpflichtungen der Träger der Sozialhilfe vor. Daraus folgt, dass auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer, auf die jedoch kein Anspruch besteht, nicht deshalb versagt werden dürfen, weil die Sozialhilfe entsprechende Leistungen vorsieht. Vom Grundsatz des Nachrangs gibt es Ausnahmen, wenn bspw. in anderen Leistungsgesetzen eine Anrechnung dieser Leistungen auf die Leistungen der Sozialhilfe ausgeschlossen wird (Rdnr. 220).

28 Bei den im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialamt“ bezeichneten Trägern der Sozialhilfe legt § 3 SGB XII die Unterscheidung zwischen den örtlichen und den überörtlichen Trägern fest (Rdnr. 263 ff). Die Träger der Sozialhilfe haben zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 SGB XII entsprechend ausgebildete Fachkräfte zu beschäftigen. Von Seiten der Länder sind die Sozialhilfeträger bei der Durchführung ihrer Aufgaben zu unterstützen, so bspw. durch Förderung des Erfahrungsaustausches auf Landesebene (§ 7 SGB XII).

29 Hilfe in Notlagen leistet allerdings nicht nur die Sozialhilfe, sondern auch die Organisationen der freien Wohlfahrtspflege als nichtstaatliche Träger. Zur freien Wohlfahrtspflege gehören die auf weltanschaulicher oder humanitärer Grundlage tätigen freien Organisationen und Vereinigungen. Dies sind neben den Kirchen und Religionsgemeinschaften des

öffentlichen Rechts die auf Bundesebene in fünf Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Organisationen: Die Arbeiterwohlfahrt, der Deutsche Caritasverband, das Deutsche Rote Kreuz, das Diakonische Werk der evangelischen Kirche (Innere Mission), der deutsche paritätische Wohlfahrtsverband und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland. Daneben gibt es auch Wohlfahrtsverbände, die nicht bundesweit tätig sind, so insbesondere die Volkssolidarität, die ihren Tätigkeitsbereich auf Ostdeutschland konzentriert.

30 Selbstgestellte Aufgabe der freien Wohlfahrtspflege ist die Hilfe für Menschen, die von materiellen Notlagen und sozialer Ausgrenzung bedroht sind. Hierfür haben die Wohlfahrtsverbände zahlreiche Einrichtungen wie Tagesstätten, Heime, Sonderschulen, Krankenhäuser, Werkstätten für behinderte Menschen, Beratungsstellen, Sozialstationen usw. geschaffen.

31 Für das Verhältnis von Trägern der Sozialhilfe und Wohlfahrtsorganisationen ist in § 5 SGB XII bestimmt, dass die staatliche Sozialhilfe nicht in Konkurrenz zur Tätigkeit der Wohlfahrtsverbände treten darf und diese weder in ihrer Stellung noch in ihrer sozialen Tätigkeit einschränken darf. Diese Vorgabe ist einerseits Konsequenz der Tatsache, dass diese bereits vor Einführung der gesamtstaatlichen Fürsorge bzw. Sozialhilfe tätig waren (Rdnr. 7), andererseits aber auch aus der Erkenntnis heraus, dass die durch bürgerschaftliches und ehrenamtliches sowie karitatives und konfessionelles Engagement und darüber hinaus durch Solidarität und Subsidiarität getragenen Wohlfahrtsverbände andere Wirkungsmöglichkeiten haben als die staatliche Sozialpolitik. Die Wertgebundenheit der Wohlfahrtsverbände schlägt sich nicht nur in einer Vielzahl an Einrichtungen und Diensten nieder, sondern auch in der Pluralität der Ansätze und Methoden sozialer Arbeit.

32 Der Gesetzgeber hat daraus die Schlussfolgerung gezogen, dass die Träger der Sozialhilfe mit den Wohlfahrtsverbänden partnerschaftlich zum Wohl von Hilfesuchenden zusammen zu arbeiten haben, um sich gegenseitig wirksam zu ergänzen. Dies beinhaltet auch, dass die Träger der Sozialhilfe die Wohlfahrtsverbände in ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der Sozialhilfe angemessen unterstützen. Grundgedanke ist dabei die Achtung der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Wohlfahrtsverbände bei der Durchführung ihrer selbst gestellten Aufgaben. Die



Sozialhilfeträger können die freie Wohlfahrtspflege auch allgemein an der Durchführung ihrer Aufgaben beteiligen oder ihnen Aufgaben übertragen, wenn die Verbände mit der Beteiligung oder Übertragung einverstanden sind. Eine Verschiebung von Verantwortlichkeiten ist damit nicht verbunden, denn auch im Falle eine Beteiligung oder Übertragung bleibt der Träger der Sozialhilfe gegenüber dem Leistungsberechtigten verantwortlich.

33 Aus den Gegebenheiten eines gegliederten Sozialleistungssystems ergibt sich die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Trägern der Sozialhilfe mit anderen Sozialleistungsträgern, deren gesetzliche Aufgaben dem gleichen Ziel dienen. Deshalb haben die Sozialhilfeträger nach § 4 SGB XII mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere mit Trägern nach dem SGB II, nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIII: Kinder- und Jugendhilfe) und nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX: Rehabilitation), die an Leistungen beteiligt sind oder beteiligt werden sollen, zusammen zu arbeiten.

## Leistungen der Sozialhilfe

34 Das Zweite Kapitel des SGB XII fasst in §§ 8 bis 26 SGB XII allgemeine Vorschriften über Leistungen zusammen, die für alle Leistungen in den nachfolgenden Kapiteln gelten.

## Grundsätze für Leistungen

35 Im Ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des SGB XII sind die für Leistungen geltenden Grundsätze zusammengefasst.

36 Als Leistungen der Sozialhilfe werden in § 8 SGB XII bestimmt:

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel (§§ 27 bis 40 SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel (§§ 41 bis 46 SGB XII),
- Hilfe zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel (§§ 47 bis 52 SGB XII),
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den Sechsten Kapitel (§§ 53 bis 60 SGB XII),
- Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel (§§ 61 bis 66 SGB XII),

- Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem Achten Kapitel (§§ 67 bis 69 SGB XII) und
- Hilfen in anderen Lebenslagen nach dem Neunten Kapitel (§§ 70 bis 74 SGB XII).

Hinzu kommen zu diesen Leistungen die jeweils erforderliche Beratung und Unterstützung.

37 Für die Leistungsgewährung gilt der in § 9 SGB XII enthaltene Grundsatz „Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles“, auch als Grundsatz der Individualisierung zu bezeichnen. Dies bedeutet, dass sich Art, Form und Maß der Leistungen nach der Person des Leistungsberechtigten, seinem Bedarf und den örtlichen Verhältnissen zu richten hat. Nachhaltig wirkende Hilfe zur Selbsthilfe in Notfällen ist nur eingeschränkt typisierbar und lässt sich deshalb nicht durch schematische Leistungen erreichen. Dem Einzelnen soll deshalb so geholfen werden, wie es seine besondere Lage erfordert. Wünschen des Leistungsberechtigten hinsichtlich der Gestaltung der Leistung soll dabei entsprochen werden, soweit dies angemessen ist. Die gilt allerdings nicht für Wünsche, deren Berücksichtigung zu unverhältnismäßigen Mehrkosten führen würde.

38 Die Leistungen der Sozialhilfe werden entweder in Form von Dienstleistungen, Geld- oder Sachleistungen erbracht (§ 10 SGB XII). Für das Verhältnis von Geld- zu Sachleistungen gilt der Vorrang von Geldleistungen, was insbesondere bedeutet, dass Geldleistungen nicht durch Warengutscheine oder ähnliche unbare Leistungsformen ersetzt werden können. Sachleistungen sind folglich nur dann möglich, wenn das SGB XII dies ausdrücklich festlegt oder damit das Ziel der Sozialhilfe erheblich besser oder wirtschaftlicher erreicht werden kann. Möglich ist aber die Sachleistungsgewährung auch dann, wenn ein Leistungsberechtigter dies wünscht.

39 Die Dienstleistungen werden in § 11 SGB XII konkretisiert. Es handelt sich dabei in erster Linie um Beratung und Unterstützung durch den Sozialhilfeträger in allen zur Überwindung von Notlagen relevanten Angelegenheiten. Im Mittelpunkt der Beratung haben die persönliche Situation eines Leistungsberechtigten, dessen Bedarf sowie seine eigenen Kräfte und Mittel zu stehen. Ziel der Beratung ist die persönliche Stärkung der Selbsthilfe. Dies schließt ein, dass ein Leistungsberechtigter aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann – was auch

ein gesellschaftliches Engagement einschließt –, aber auch, dass er darin gestärkt wird, seine Notlage und damit die Sozialhilfebedürftigkeit zu überwinden. Zur Beratung zählt ferner, auf andere Sozialleistungen hinzuweisen und zu deren Inanspruchnahme zu befähigen. Die Beratung kann auch eine Budgetberatung umfassen, die u. a. Leistungsberechtigte in die Lage versetzen soll, mit der durch das neue Regelsatzsystem (Rdnr. 93 ff) gestiegenen finanziellen Selbständigkeit umgehen oder das Persönliche Budget (Rdnr. 175 ff) nutzen zu können. Beratung umfasst ferner, soweit erforderlich, auch den Hinweis auf rechtsberatende Berufe.

40 Beratung und Unterstützung ist jedoch nicht allein Aufgabe der Träger der Sozialhilfe, sondern vor allem auch die der freien Wohlfahrtspflege (Rdnr. 29 f). Leistungsberechtigte sind deshalb auf deren Angebote hinzuweisen. Ist es geboten, so haben die Träger der Sozialhilfe auf die Nutzung von Beratungsangeboten der Schuldnerberatungsstellen oder anderen Fachberatungsstellen hinzuwirken. Daraus entstehende Beratungskosten soll der Sozialhilfeträger übernehmen, wenn zu erwarten ist, dass dadurch die Inanspruchnahme von Hilfe zum Lebensunterhalt vermieden oder überwunden werden kann. In anderen Fällen können die Kosten übernommen werden.

41 Bei den in § 11 Abs. 3 SGB XII enthaltenen Maßnahmen zur Unterstützung handelt es sich im Wesentlichen um die so genannten aktivierenden Maßnahmen, auch kurz als Aktivierung bezeichnet. Hierin kommt das mit der Sozialhilfereform neben dem „Fördern“ angestrebte „Fordern“ zum Ausdruck (Rdnr. 18). Sofern es Leistungsberechtigten zumutbar ist, eine Tätigkeit auszuüben, sollen sie hierzu in die Lage versetzt werden. Aufgabe des Trägers der Sozialhilfe ist es deshalb, einen Leistungsberechtigten auf die Ausübung einer Tätigkeit vorzubereiten und während er diese ausübt, ihn zu begleiten. Andererseits soll das Sozialamt aber auch darauf hinwirken, dass solche Unterstützungsangebote tatsächlich wahrgenommen werden.

42 Die aktivierenden Maßnahmen stellen eine abgewandelte Form der so genannten „Hilfen zur Arbeit“ im BSHG dar. Diese Leistungen des BSHG waren allerdings vorwiegend auf die Integration von erwerbsfähigen Hilfeempfängern in den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet. Die im Zuge der Zusammenlegung von bisheriger Arbeitslosenhilfe und bisheriger Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem

BSHG für erwerbsfähige Hilfebedürftige zur Grundversicherung für Arbeitsuchende im SGB II (Rdnr. 21) machte deshalb eine Neuausrichtung dieser Maßnahmen in der Sozialhilfe erforderlich. Da auch die Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt noch in sehr eingeschränktem Umfang erwerbsfähig sind und damit noch einer Tätigkeit nachgehen und dadurch möglicherweise Einkommen erzielen können, wird auf das Instrumentarium der „Hilfe zur Arbeit“ nicht gänzlich verzichtet. Aktivierende Maßnahmen können einen ersten Schritt auf dem Weg ins oder zurück ins Erwerbsleben unterstützen und in der Konsequenz auch die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ermöglichen. Dies wiederum kann zu einem Anspruch in der Grundversicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II und damit zum Zugang zu Leistungen der Arbeitsförderung führen. Angesichts der dabei im Vergleich zum BSHG zu berücksichtigenden veränderten individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse wird allerdings auf eine konkrete Ausgestaltung der aktivierenden Maßnahmen verzichtet.

43 Allerdings wird wegen der Besonderheiten der für die aktivierenden Maßnahmen in Frage kommenden Personen die Zumutbarkeit einer Tätigkeit in § 11 Abs. 4 SGB XII detaillierter geregelt. So ist die Tätigkeit Leistungsberechtigten nicht zumutbar,

- wenn sie wegen Erwerbsminderung, Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit hierzu nicht in der Lage sind oder
- 65 Jahre und älter sind und damit die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht oder überschritten haben oder
- ein sonstiger wichtiger Grund entgegensteht, insbesondere die geordnete Erziehung eines Kindes.

Hinsichtlich der Erziehung eines Kindes wird nach dessen Lebensalter differenziert - ist das Kind drei Jahre und älter, so ist dessen Erziehung im Regelfall nicht gefährdet, wenn die Betreuung in einer Tagesstätte oder Tagespflege im Sinne des SGB VIII (vgl. Kapitel 8) sichergestellt ist. Die Träger der Sozialhilfe sollen bei Alleinerziehenden darauf hinzuwirken, dass ihnen vorrangig eine Tagesbetreuung für das Kind bzw. die Kinder angeboten wird. Daneben sind weitere Pflichten eines Leistungsberechtigten zu berücksichtigen, etwas die Führung eines Haushalts oder die Pflege eines Angehörigen.

44 Das Instrument der Leistungsabsprache nach § 12 SGB XII soll eine kooperative Vorgehensweise, also ein Zusammenwirken von Leistungsberechtigten und Sozialhilfeträgern verstärken. Die erfolgreiche Überwindung einer Notlage sowie die Stärkung der Selbsthilfe zur aktiven Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft sind in hohem Maße von der aktiven Mitwirkung des Leistungsberechtigten abhängig. In der schriftlichen Leistungsabsprache sind nach Beginn einer laufenden Leistung die Situation des Leistungsberechtigten und Möglichkeiten der Überwindung der Notlage schriftlich festzulegen. Falls erforderlich ist auch ein Förderplan in die Leistungsabsprache einzubeziehen. Deren Inhalt ist regelmäßig zu überprüfen und fortzuschreiben.

45 Bei der Leistungsgewährung, bspw. bei der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten oder der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel, besteht die Alternative, die erforderliche Leistung ambulant, stationär oder teilstationär zu erbringen. Ambulant heißt außerhalb einer Einrichtung, stationär bedeutet, dass der Leistungsberechtigte in der Einrichtung lebt und dort die erforderliche Leistung erhält. Teilstationär ist eine Zwischenform; hier wird zwar die Leistung in einer Einrichtung erbracht, der Leistungsberechtigte lebt allerdings nicht dort. Einrichtungen sind Heime und vergleichbare Institutionen, die der Pflege, der Behandlung oder sonstiger nach dem SGB XII zu deckender Bedarfe oder der Erziehung dienen.

46 Bei der Entscheidung, wie die Leistung zu erbringen ist, gilt nach § 13 SGB XII der Vorrang der ambulanten Leistung. Ist diese nicht möglich oder nicht zumutbar, so hat die teilstationäre Vorrang vor der stationären Leistungsform. Bei der Frage der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände sowie die Wünsche des Leistungsberechtigten in die Entscheidung einzubeziehen (Rdnr. 37). Ist eine stationäre Unterbringung erforderlich, so soll das Sozialamt Wünsche von Leistungsberechtigten nach einer konfessionellen Betreuung bei der Entscheidung über die Einrichtung berücksichtigen.

47 Kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sechsten Kapitel in Betracht, so gilt nach § 14 SGB XII der Vorrang für Prävention und Rehabilitation. Damit gilt auch für die Sozialhilfe dieses wesentliche Ziel der Gesundheitspolitik, durch Anwendung der im SGB IX enthaltenen Leistungen der Prävention und der Rehabilitation den Eintritt von

Pflegebedürftigkeit oder Behinderung zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben und in ihren Auswirkungen zu mindern. Dieser Grundsatz ist nicht nur für die Betroffenen von großer Bedeutung, er hat darüber hinaus auch für die Leistungsträger wirtschaftliche Bedeutung. Erzielbar ist die Vermeidung oder Begrenzung von Pflegekosten jedoch nur durch frühzeitige Zusammenarbeit aller Präventions- und Rehabilitationsträger, woraus sich die Verpflichtung der Träger der Sozialhilfe ableitet, die zuständigen Träger zu unterrichten, wenn solche Maßnahmen als geeignet erscheinen.

48 Den Grundsatz, dass die Sozialhilfe nur zur Behebung von aktuell bestehenden Notlagen Leistungen erbringen kann, erweitert § 15 SGB XII. So sollen auch Sozialhilfeleistungen erbracht werden, wenn dadurch vorbeugend eine drohende Notlage ganz oder teilweise abgewendet werden kann. Ebenso soll in Ausnahmefällen auch zur Sicherung der Wirksamkeit von bereits zuvor erbrachter Sozialhilfe weitere Leistungen erbracht werden, wenn dies geboten ist, um die Wirksamkeit der früheren Hilfen zu sichern.

49 Als weitere Vorgabe für die Träger der Sozialhilfe legt § 16 SGB XII fest, dass bei der Leistungsgewährung die besonderen Verhältnisse in der Familie des Leistungsberechtigten berücksichtigt werden sollen. Dabei soll die Sozialhilfe die Kräfte der Familie zur Selbsthilfe anregen und deren Zusammenhalt festigen.

### **Anspruch auf Leistungen**

50 Den Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe regelt der Zweite Abschnitt des Zweiten Kapitels. Dabei gilt der Grundsatz, dass Hilfesuchende auf die Mehrzahl der Leistungen nach dem SGB XII einen Rechtsanspruch haben, Art und Maß der konkret zu leistenden Hilfen aber im Ermessen des Sozialhilfeträgers liegen (§ 17 SGB XII). Der Rechtsanspruch ist in der Regel ein Anspruch dem Grunde nach, über Form und Maß der Hilfe entscheidet das Sozialamt nach pflichtgemäßem Ermessen. Dies bedeutet, dass das Ermessen nicht willkürlich ausgeübt werden darf; stattdessen sind alle Grundsätze des Sozialhilferechts, des SGB I und SGB X und auch des Verfassungsrechts (insbesondere den Gleichheitsgrundsatz) zu beachten. Ferner muss ein schriftlicher Verwaltungsakt die das Ermessen prägenden Gründe und Ziele erkennen lassen. Die Ausübung des Ermessens unterliegt einer – auch gerichtlichen – Überprüfung (Rdnr. 295).

Das SGB XII sieht neben dem Rechtsanspruch auf Leistungen auch so genannte „Soll-Leistungen und „Kann-Leistungen“ vor. Hier ist der Träger nicht zur Leistungsgewährung verpflichtet, sein Ermessen beginnt also bereits bei der Frage, ob eine Leistung zu gewähren ist. Dabei ist der Ermessensspielraum des Sozialhilfeträgers bei einer Kann-Leistung größer als bei einer Soll-Leistung.

51 Die Leistungen der Sozialhilfe, mit Ausnahme der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel, haben nach § 18 SGB XII unverzüglich einzutreten, d. h. sobald einem Träger der Sozialhilfe das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Leistung bekannt wird. Ein förmlich ausgestaltetes Antragsverfahren ist hierfür ebenso wenig erforderlich wie ein Herantreten an den zuständigen Träger der Sozialhilfe. Die Bedürftigkeit ist ferner vom Sozialhilfeträger selbst zu ermitteln, dieser hat damit von sich aus tätig zu werden, wenn ihm Anhaltspunkte für Hilfebedürftigkeit vorliegen (so genannter Amtsermittlungsgrundsatz). Damit geht das Sozialhilferecht über den allgemeinen Grundsatz der rechtzeitigen und zügigen Ausführung von Sozialleistungen in § 17 SGB I hinaus. Allerdings kann der Hilfebedürftige nicht gezwungen werden, Sozialhilfe anzunehmen, da damit gegen das Grundrecht der Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 GG) verstoßen würde.

52 Nur der Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung setzt voraus, dass ein Antrag gestellt wird. Hierfür ist allerdings kein schriftlicher Antrag erforderlich (Rdnr. 149).

## Abgrenzung der Leistungsberechtigung

53 In den §§ 19 bis 26 SGB XII sind Vorschriften zusammengefasst, mit deren Hilfe der in der Sozialhilfe leistungsberechtigte Personenkreis abgegrenzt wird. Darüber hinaus sind allgemeine Vorschriften zum Umfang der Leistungen enthalten. Angesichts des Nachrangprinzips der Sozialhilfe (Rdnr. 27) kann es keinen generellen Ausschluss von Sozialhilfeleistungen für bestimmte Personengruppen geben, allerdings sind in einem gegliederten Sozialleistungssystem Sonderregelungen für bestimmte Personenkreise erforderlich.

## Leistungsberechtigte Personen

54 Die zentrale Vorschrift für die Bestimmung, wer Leistungsberechtigter in der Sozialhilfe ist, enthält § 19 SGB XII. Hier sind die persönlichen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen des SGB XII zusammenfasst und damit zugleich die allgemeinen Grundsätze der Hilfebedürftigkeit als Anspruchsvoraussetzung definiert; für jede Leistungsart erfolgt die weitergehende Konkretisierung der Hilfebedürftigkeit in den nachfolgenden Kapiteln.

55 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel ist nach § 19 Abs. 1 SGB XII Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenem (Arbeits-) Einkommen und Vermögen, bestreiten können (Rdnr. 89). Hinzu kommen minderjährige unverheiratete Kinder, die dem Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteils angehören und die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten können (Rdnr. 91 ff).

56 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist nach § 19 Abs. 2 SGB XII unter den besonderen Voraussetzungen des Vierten Kapitels an Personen zu leisten, die das 65. Lebensjahr vollendet oder das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind – und wie bei der Hilfe zum Lebensunterhalt – ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten können (Rdnr. 134).

57 Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel, dies sind Hilfen zur Gesundheit (Rdnr. 158 ff), Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Rdnr. 163 ff), Hilfe zur Pflege (Rdnr. 181 ff), Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Rdnr. 192 ff) und Hilfen in anderen Lebenslagen (Rdnr. 197 ff), werden nach § 19 Abs. 3 SGB XII geleistet. Voraussetzung dafür ist, dass den Leistungsberechtigten und ihren nicht getrennt lebenden Ehepartnern und Lebenspartnern und, sofern sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern bzw. einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus eigenem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften über die Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen im Elften Kapitel des SGB XII nicht oder zumindest nicht in vollem Umfang zuzumuten ist (Rdnr. 218 ff, 227 ff, 237 ff). Damit wird im Vergleich zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vom

Grundsatz des strikten Einsatzes von Einkommen und Vermögen abgewichen.

58 Eine besondere Leistungsvoraussetzung wird Schwangeren und Alleinerziehenden in § 19 Abs. 4 SGB XII eingeräumt: Im Unterschied zum allgemeinen Grundsatz der Heranziehung von Einkommen und Vermögen wird hier bei Personen, die im Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteils leben, sofern sie schwanger sind oder ihr leibliches Kind bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres betreuen, das Einkommen und Vermögen der Eltern oder des Elternteils nicht berücksichtigt.

59 Stellt sich nachträglich heraus, dass Personen die Aufbringung der Mittel aus Einkommen und Vermögen für bezogene Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung möglich war oder für erhaltene Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel zumutbar war, so haben sie nach § 19 Abs. 5 SGB XII dem Träger der Sozialhilfe die Aufwendungen in dem möglichen oder zumutbaren Umfang zu ersetzen (Rdnr. 274). Ferner können nach dem Tod einer leistungsberechtigten Person nach § 19 Abs. 6 SGB XII in gewissem Umfang auch Leistungsansprüche „vererbt“ werden. Dies ist dann der Fall, wenn Dritte Leistungen erbracht oder Pflege geleistet haben und der Träger der Sozialhilfe erst nach dem Tod der berechtigten Person leistet. Dann geht der Leistungsanspruch auf die in die Vorleistung getretene Person über.

60 Bei der Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen dürfen nach § 20 SGB XII Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft („Ehe ohne Trauschein“) zusammenleben, nicht gegenüber Ehegatten besser gestellt werden. Folglich ist deren Einkommen und Vermögen ebenso zu berücksichtigen wie die gegenseitige Gewährung von Unterhalt.

### **Einschränkungen der Leistungsberechtigung für im Inland lebende Personen**

61 Die Trennung der Leistungssysteme nach dem SGB XII und dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) erfordert vor dem Hintergrund eines gleichen Leistungsumfangs beider Systeme für Leistungen zur Bestreitung des laufenden Lebensunterhalts eine Abgrenzung der Leistungsberechtigung. Deshalb ist in § 21 SGB XII eine Sonderregelung für Leistungsberechtigte nach dem SGB II enthal-

ten, durch die erwerbsfähige Personen, weil sie die Anspruchsvoraussetzungen für das SGB II erfüllen, von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII ausgeschlossen werden (Rdnr. 86). Für die Leistungsberechtigung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel ist eine solche Sonderregelung im SGB XII nicht erforderlich, da die Anspruchsvoraussetzung der dauerhaften vollen Erwerbsminderung die Anspruchsvoraussetzung der Erwerbsfähigkeit (Grundsicherung für Arbeitsuchende) ausschließt. Auf Leistungen nach anderen Kapiteln des SGB XII, für die es im SGB II keine Entsprechung gibt, ist ein ergänzender Anspruch von Leistungsberechtigten nach dem SGB II bei Erfüllung der persönlichen Anspruchsvoraussetzungen möglich.

62 Eine weitere Ausnahmeregelung ist in § 22 SGB XII für Auszubildende enthalten. Diese haben, sofern ihre Ausbildung dem Grunde nach förderfähig nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) oder dem SGB III (Arbeitsförderung) ist (vgl. Kapitel 19 und 3), keinen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt. Förderung von Ausbildung ist Aufgabe dieser beiden Gesetze und nicht der Sozialhilfe. Durch die Abgrenzung der Leistungsberechtigung wird verhindert, dass im Einzelfall eine Art von Wahlrecht zwischen den auf die Lebensverhältnisse während einer Ausbildung zugeschnittenen Leistungsvoraussetzungen nach BAföG oder SGB III einerseits und den weitergehenden Hilfen der Sozialhilfe andererseits besteht. Allerdings können in besonderen Härtefällen auch Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gezahlt werden, entweder als Darlehen oder als nicht rückzahlbare Beihilfe. Solche besonderen Härtefälle können jedoch nur dann vorliegen, wenn während einer nach BAföG oder SGB III förderfähigen Ausbildung ein Bedarf besteht, der nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Ausbildung steht bzw. nicht unmittelbar von dieser verursacht wird.

63 Wer jedoch für seine Ausbildung keinen Anspruch auf Leistungen nach dem BAföG oder dem SGB III hat, kann Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten. Dies gilt für Schüler, die aus anderen als ausbildungsbezogenen Gründen nicht bei den Eltern leben oder die eine Berufsfachschule und Fachschulklasse besuchen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzen.



64 Für in Deutschland lebende Ausländer enthält § 23 SGB XII eine weitere Spezialvorschrift. So erhalten Ausländer, die unter § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen (vgl. Kapitel 21), keine Sozialhilfe. Gleiches gilt für Ausländer, die eingereist sind, um Sozialhilfe zu erhalten. Ist medizinische Behandlung der Grund für die Einreise nach Deutschland, so soll die Hilfe bei Krankheit auf die notwendigen Leistungen beschränkt werden, also auf die Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder auf eine unaufschiebbare und unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung. Bei allen übrigen Ausländern wird die Leistungsberechtigung nach dem durch das Zuwanderungsgesetz neu geregelten ausländerrechtlichen Status differenziert.

65 Danach können Ausländer, die sich in Deutschland tatsächlich aufhalten, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel sowie Hilfe zur Pflege nach dem Sechsten Kapitel erhalten, die Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel sind auf Hilfe bei Krankheit sowie auf Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft begrenzt. Alle übrigen Sozialhilfeleistungen können gewährt werden, die Ermessensentscheidung im Einzelfall liegt bei den Sozialhilfeträgern. Für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Rdnr. 134f) gelten spezielle Vorschriften.

66 Diese Einschränkungen in der Leistungsberechtigung gelten nicht für Ausländer, die sich auf Grund einer Niederlassungserlaubnis dauerhaft in Deutschland aufhalten oder die sich mit einem befristeten Aufenthaltstitel voraussichtlich dauerhaft hier aufhalten.

67 Ausländer, die Sozialhilfe erhalten, sind auf die für sie zutreffenden Rückführungs- und Weiterwanderungsprogramme hinzuweisen und in geeigneten Fällen vor allem durch Beratung oder Unterstützung bei Abwicklungsfragen auf ihre Inanspruchnahme hinzuwirken. Für Ausländer, die sich nicht in einem Bezirk aufhalten, der ihnen als Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausländerrechtlich zugewiesen ist, gelten spezielle Regelungen.

68 Die Vorschrift des § 23 SGB XII gilt jedoch nur für Ausländer aus Staaten, mit denen keine zwischen- oder überstaatlichen Abkommen bestehen (Rdnr. 78).

69 Die Zahl der ausländischen Bezieher laufender Hilfe zum Lebensunterhalt hat bis zum Jahr 2004

auffallend zugenommen. Der im Jahre 1970 noch unbedeutende Ausländeranteil von 1,6 v. H. stieg seither kontinuierlich an. Am Jahresende 1993 lag der Ausländeranteil unter den Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt bei mehr als einem Drittel. Nach In-Kraft-Treten des Asylbewerberleistungsgesetzes am 1. November 1993 ist die Zahl der ausländischen Sozialhilfeempfänger zurückgegangen. Ende 2004 erhielten rd. 619.000 Ausländer Hilfe zum Lebensunterhalt; dies entsprach einem Anteil von Ausländern an allen Leistungsberechtigten in Höhe von 22%. Generell ist der an der Bevölkerung gemessene Anteil von Sozialhilfebeziehern bei Ausländern höher als bei Deutschen: Der Anteil aller Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt an der Gesamtbevölkerung belief sich am Jahresende 2004 auf 3,4%, der Anteil deutscher Leistungsberechtigten an der deutschen Bevölkerung auf 2,9%, der Anteil nichtdeutscher Leistungsberechtigten an der ausländischen Bevölkerung auf 8,4%.

### **Einschränkungen der Leistungsberechtigung für im Ausland lebende Deutsche**

70 Für Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, bringt das SGB XII eine erhebliche Einschränkung gegenüber dem BSHG: Die Neuregelungen sind in § 24 SGB XII sowie in den Übergangs- und Schlussvorschriften des Sechzehnten Kapitels (§§ 132 und 133 SGB XII) enthalten. Diese drei Regelungen sind im Unterschied zur Mehrzahl der Vorschriften des SGB XII bereits zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

71 Grundsatz der Neuregelung ist, dass Sozialhilfe nur noch in Deutschland gezahlt wird. Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, erhalten danach keine Sozialhilfe mehr. Von diesem Grundsatz kann in Einzelfällen nur dann abgewichen werden, wenn dies wegen einer außergewöhnlichen Notlage unabweisbar ist und zugleich nachgewiesen wird, dass eine Rückkehr nach Deutschland aus einem der drei in § 24 Abs. 1 SGB XII aufgezählten Gründen nicht möglich ist:

- Die Pflege und Erziehung eines Kindes, das aus rechtlichen Gründen im Ausland bleiben muss, ist für Mütter oder Väter ein solcher Hinderungsgrund.
- Ebenfalls keine Rückkehr wird bei Personen erwartet, die stationär behandelt bzw. gepflegt werden müssen.



- Für Menschen, die inhaftiert sind, ist eine Rückkehr nicht möglich. Da in manchen Ländern zum Teil unvorstellbare Haftbedingungen herrschen und Haftgründe nicht immer rechtsstaatlichen Maßstäben entsprechen, können im Einzelfall Sozialhilfeleistungen gerechtfertigt sein.

Durch diese abschließende Aufzählung wird der noch im BSHG hinsichtlich der Gründe für eine Sozialhilfezahlung in Ausland enthaltene Auslegungsspielraum beseitigt, um Fälle der missbräuchlichen Inanspruchnahme zu verhindern.

72 Eine weitere Änderung des neuen Rechts liegt darin, dass Familienangehörige von leistungsberechtigten Deutschen im Ausland nur noch dann Anspruch von Sozialhilfe im Ausland haben, wenn sie selbst Deutsche sind und eine der drei oben genannten Voraussetzungen erfüllen.

73 Das Nachrangprinzip der Sozialhilfe gilt auch für Zahlungen ins Ausland. Leistungen werden nicht erbracht, wenn und soweit sie vom hierzu verpflichteten Aufenthaltsstaat oder von anderen erbracht werden oder zu erwarten sind. Die Höhe der Leistungen bemisst sich nicht nach den für das Inland geltenden Maßstäben, sondern nach den Verhältnissen im Aufenthaltsland. Zuständig ist der überörtliche Träger, in dessen Bereich ein Antragsteller geboren ist (Rdnr. 274). Im Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt muss Sozialhilfe im Ausland beantragt werden. Dabei arbeiten die Sozialhilfeträger mit den diplomatischen Vertretungen im Ausland (Botschaften und Konsulate) zusammen.

74 Für Deutsche, die bereits für die Jahre 2002 und 2003 ohne Unterbrechung Hilfe erhalten haben und in dem Aufenthaltsstaat über eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung verfügen, enthält § 132 SGB XII eine Übergangsregelung. Dieser Personenkreis erhält bei fortdauernder Bedürftigkeit weiterhin Sozialhilfe. Gleiches gilt für Deutsche, die am 31. Dezember 2003 Sozialhilfe nach einer im BSHG enthaltenen Übergangsregelung anlässlich der Einschränkung der Sozialhilfezahlung an Deutsche im Ausland aus dem Jahr 1993 erhalten haben. Während der Nazi-Zeit politisch Verfolgte und ins Ausland geflohene Deutsche können auch weiterhin in außergewöhnlichen Notlagen Sozialhilfe erhalten, wenn sie im Aufenthaltsstaat über ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht verfügen. Die gilt auch, wenn sie bisher keine Sozialhilfe erhalten haben und auch keine der drei Voraussetzungen des § 24 SGB XII erfüllen.

75 Für Deutsche im Ausland, die zwar am 31. Dezember 2003 Sozialhilfe bezogen haben, aber nicht unter eine der drei Ausnahmen des § 24 SGB XII fallen bzw. die Sozialhilfe nicht schon in den Jahren 2002 und 2003 durchgehend im Ausland bezogen haben, fiel der Anspruch auf Hilfe nach § 132 SGB XII zum 1. April 2004 weg.

76 Eine weitere Spezialvorschrift enthält § 133 SGB XII für Deutsche, deren Geburtsort nicht in der heutigen Bundesrepublik Deutschland, aber innerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches nach dem Stand vom 31. Dezember 1937 (Deutsche nach Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes) liegt und die dort weiterhin ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Es handelt sich dabei um Deutsche, in der überwiegenden Mehrzahl in fortgeschrittenem Lebensalter, die in den seit 1945 zu Polen gehörenden ehemaligen deutschen Ostgebieten leben. Sozialhilfe kann hier in besonderen Notlagen ohne das Erfordernis einer Rückkehr nach Deutschland geleistet werden. Die Hilfebedürftigkeit als Anspruchsvoraussetzung für diese besonderen Hilfen richtet sich nach dem in Polen geltenden, also nach polnischem Recht ergebenden Existenzminimum. Hilfe wurden danach im Jahr 2005 in rd. 2530 Fällen geleistet, wobei es sich in der Regel nicht um laufende, d. h. sich kontinuierlich über das gesamte Kalenderjahr verteilende Leistungen handelt. Im Regelfall werden Geldleistungen gewährt, in Ausnahmefällen auch Sachleistungen. Die durchschnittliche Höhe der jährlichen Hilfen belief sich 2005 auf 134 Euro. Die Durchführung der Hilfeleistungen erfolgt durch Träger der freien Wohlfahrtspflege mit Sitz im Inland und unter Übernahme der Kosten durch den Bund. Im Jahr 2005 beliefen sich die vom Bund zu übernehmenden Kosten auf etwa 339.000 Euro.

77 Angaben über die Anzahl der deutschen Sozialhilfebezieher im Ausland liefert die Sozialhilfestatistik (Rdnr. 287 ff) nicht. Für Bezieher nach §§ 24 und 132 SGB XII, also ausgenommen Deutsche in der Schweiz und Deutschstämmige in Polen (Rdnr. 79f und 76), erstellt jedoch das Auswärtige Amt eine entsprechende Erhebung auf der Grundlage von Anträgen und Bescheiden, die von den Auslandsvertretungen an die zuständigen Träger der Sozialhilfe bzw. von dort an die Antragsteller übermittelt werden. Danach bezogen 770 Deutsche im ersten Halbjahr 2005 im Ausland Sozialhilfe, verglichen mit dem zweiten Halbjahr 2003, dem letzten Erhebungszeitraum vor In-Kraft-Treten der Neuregelung, ist dies ein Rückgang um 18%.

78 Eine besondere Regelung für die Gewährung von Sozialhilfe an Deutsche im Ausland stellte die mittlerweile außer Kraft getretene Deutsch-Schweizerische Fürsorgevereinbarung (DSFV) dar. Eingeführt wurde sie im Jahr 1953, um in den Nachkriegsjahren bedürftigen Deutschen in der Schweiz eine staatliche Unterstützungsleistung zu sichern. Dazu führte die DSFV die so genannte Inländergleichbehandlung ein, also die sozialhilferechtliche Gleichstellung von Angehörigen des anderen Vertragsstaates mit eigenen Staatsangehörigen. Danach erhielten Deutsche in der Schweiz Sozialhilfe nach schweizerischem Recht, Schweizer in Deutschland nach deutschem Recht. Die speziellen Sozialhilfavorschriften für Ausländer, wie in Deutschland § 23 SGB XII (Rdnr. 64 ff), waren damit nicht anwendbar.

Allerdings beinhaltete die DSFV gegenüber anderen über- oder zwischenstaatlichen Sozialhilfeabkommen, wie bspw. dem Europäischen Fürsorgeabkommen vom 11. Dezember 1953 oder dem Deutsch-Österreichischen Abkommen über Fürsorge und Jugendwohlfahrtspflege vom 17. Januar 1966, eine bedeutende Abweichung. Grundsätzlich führt die durch das über- oder zwischenstaatliche Sozialhilferecht herbeigeführte Inländergleichbehandlung auch dazu, dass der Aufenthaltsstaat die Sozialhilfekosten zu tragen hat. In der DSFV jedoch war eine Erstattungspflicht vorgesehen. Danach hatte der Herkunftsstaat die für seine Staatsbürger im anderen Vertragsstaat entstehenden Sozialhilfekosten zu erstatten. Somit hatten die zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe, ergänzt durch einen Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 42%, die von den Schweizer Kantonen in Rechnung gestellten Sozialhilfekosten für hilfebedürftige Deutsche zu erstatten.

79 Im Jahr 2005 hatten etwa 1.900 Deutsche in der Schweiz unter die DSFV fallende und damit von der deutschen Seite zu erstattende Sozialhilfe bezogen. Diese in den vergangenen Jahren deutlich gestiegene Bezieherzahl war im Vergleich zur Zahl der Bezieher von Sozialhilfe für Deutsche im Ausland in anderen Staaten nach den §§ 24 und 132 SGB XII (Rdnr. 77) sehr hoch. Hinzu kamen die Änderungen im deutschen Sozialrecht, die sich für hilfebedürftige Deutsche in der Schweiz, trotz Finanzierung der Leistungen durch deutsche Steuermittel, nicht auswirkten: Die Beschränkung der Sozialhilfe an Deutsche im Ausland nach § 24 SGB XII und die Einführung der vom Bund finanzierten Grundsicherung für Ar-

beitsuchende seit 1. Januar 2005 für erwerbsfähige Hilfebedürftige.

80 Diese Entwicklungen führten zu der Einschätzung, dass die DSFV nicht mehr zeitgemäß ist. Deshalb wurde die DSFV im Rahmen einer Rechtsvereinbarung, die auch ein weiteres Fürsorgeabkommen zwischen beiden Staaten aus den vierziger Jahren des 20. Jahrhunderts umfasste, außer Kraft gesetzt. Die Anwendbarkeit der DSFV endete mit dem 31. März 2006, d. h. sie ist nur noch für Zeiten des Sozialhilfebezugs bis zu diesem Tag anwendbar. Ab dem 1. April 2006 gilt damit nationales Sozialhilferecht, d. h. für Deutsche in der Schweiz das schweizerische Recht, für Schweizer in Deutschland der § 23 SGB XII (Rdnr. 64 ff). Für Erwerbstätige beider Staaten im jeweils anderen Staat wird jedoch durch das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen Schweiz/EG) weiterhin auch im Sozialhilferecht eine Inländergleichbehandlung gewährleistet.

### **Erstattung von Aufwendungen, Beschränkung der Leistungshöhe und Aufrechnung**

81 Sofern wegen der Umstände (so genannter „Eilfall“) andere Personen oder Institutionen in Vorleistung getreten sind, weil Leistungen der Sozialhilfe nicht rechtzeitig eingesetzt haben, so sind deren Aufwendungen nach § 25 SGB XII vom Träger der Sozialhilfe im gebotenen Umfang zu erstatten. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die die Kosten tragenden Personen oder Institutionen nicht bereits durch rechtliche oder sittliche Pflicht hierzu verpflichtet sind.

82 Obwohl das Sozialhilferecht Hilfen ohne Rücksicht auf die Ursachen der Hilfebedürftigkeit leistet und der Bedarfsdeckungsgrundsatz (Rdnr. 5) Kürzungen der Leistungshöhe enge Grenzen setzt, so sieht § 26 SGB XII doch Instrumente für Leistungseinschränkungen vor. Bei den so genannten „Einschränkungen“ kann die Leistung vermindert werden, wenn trotz entsprechender Belehrung unwirtschaftliches Verhalten fortgesetzt wird oder volljährige Leistungsberechtigte vorhandenes Einkommen oder Vermögen verschleudert haben, um dadurch die Gewährung oder eine Erhöhung von Hilfeleistungen zu erreichen. Die Leistungen können dann auf das Unausweichliche beschränkt

werden. Dies bedeutet, dass das existenzielle bzw. materielle Existenzminimum aufrechterhalten, aber nicht mehr das soziokulturelle Existenzminimum gewährleistet wird. Dann können zwar die persönlichen Bedürfnisse, aber nicht mehr die Teilnahme am kulturellen Leben und Beziehungen zur Umwelt aus der Leistung finanziert werden. Allerdings sollen mit dem Leistungsberechtigten zusammenlebende Unterhaltsberechtigte von einer Einschränkung nach Möglichkeit nicht mitbetroffen werden. Ferner dürfen der Gesundheit dienende Leistungen durch die Einschränkung nicht gefährdet werden.

83 Zu einer Beschränkung der Leistung auf das Unerlässliche kann es auch als Folge einer so genannten Aufrechnung kommen. Dabei wird ein Teil der Leistung - das Unausweichliche muss allerdings weiterhin ausbezahlt werden - einbehalten, weil zuvor Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bezogen wurden und deshalb zurückgezahlt werden müssen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass dem Aufrechnungsanspruch vorsätzliche oder grob fahrlässige, unrichtige oder unvollständige Angaben oder pflichtwidriges Unterlassen der leistungsberechtigten Person oder ihres Vertreters zu Grunde liegen bzw. ein Anspruch auf Kostenersatz des Sozialhilfeträgers (Rdnr. 274) vorliegt. Aufrechnung ist ferner möglich, wenn eine Doppelleistung der Sozialhilfe vorliegt, also für einen Bedarf, der durch eine zuvor erbrachte Sozialhilfeleistung bereits gedeckt ist, erneut eine Leistung erbracht wird.

## Hilfe zum Lebensunterhalt

84 Im Dritten Kapitel des SGB XII sind in den §§ 27 bis 40 SGB XII die Vorschriften über die Hilfe zum Lebensunterhalt zusammengefasst. Entsprechend dem für die Sozialhilfe geltenden Grundsatz, dass sich die Leistungen nach den Besonderheit des Einzelfalles zu richten haben (§ 9 Abs. 1 SGB XII, vgl. Rdnr. 37) sind in der Hilfe zum Lebensunterhalt die Art des Bedarfs, die örtlichen Verhältnisse, die eigenen Kräfte und Mittel der Person oder des Haushalts zu berücksichtigen. Andererseits erfordert eine effiziente Verwaltung auch eine pauschalierte Leistungserbringung. Gerade das SGB XII führt mit dem Ziel der Verwaltungsvereinfachungen für die Hilfe zum Lebensunterhalt mit dem neuen Regelsystem weit reichende Pauschalierungen ein. Dieser Gegensatz von Berücksichtigung des Einzelfalles einerseits und Pauschalierung andererseits kann nur

dadurch aufgelöst werden, dass den Sozialhilfeträgern die Möglichkeit der Ermessenausübung eingeräumt wird. Dadurch wird es ermöglicht von der pauschalierten Leistungserbringung abzuweichen, wenn im Einzelfall eine ausreichende Hilfeleistung anders nicht gewährt werden kann.

### Leistungsberechtigter Personenkreis

85 Der leistungsberechtigte Personenkreis bestimmt sich nach den Allgemeinen Vorschriften des Zweiten Kapitels (Rdnr. 54 f). So ist innerhalb des SGB XII die Leistungsberechtigung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel der Hilfe zum Lebensunterhalt (Rdnr. 134) vorrangig. Ferner gelten für bestimmte Personengruppen spezielle Vorschriften: Für Auszubildende nach § 22 SGB XII (Rdnr. 62 f), für Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland nach § 23 SGB XII (Rdnr. 64 ff), sowie für Deutsche im Ausland nach § 24 SGB XII (Rdnr. 70 ff).

86 Der Ausschluss von der Leistungsberechtigung wegen Ansprüchen in anderen Sozialleistungssystemen bezieht sich vor allem auf Hilfebedürftige, die dem Grunde nach Anspruch in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II haben (§ 21 SGB XII, vgl. Rdnr. 61 und Kapitel 2). Dem Grunde nach leistungsberechtigt in der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist, wer erwerbsfähig nach § 8 Abs. 1 SGB II ist. Dies sind alle Personen zwischen dem vollendeten 15. und dem vollendeten 65. Lebensjahr, die nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit – hier wird von sechs Monaten ausgegangen – außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

87 Die Hilfe zum Lebensunterhalt war bis 2004, also vor dem In-Kraft-Treten von SGB XII und SGB II von zwei Faktoren geprägt: Einerseits von einem hohen Anteil von Leistungsberechtigten im erwerbsfähigen Alter sowie von Kindern und Alleinerziehenden.

- Von den insgesamt 2,91 Mio. Leistungsberechtigten außerhalb von Einrichtungen waren 1,87 Mio. Bezieherinnen und Bezieher im erwerbsfähigen Alter, d. h. zwischen 15 bis unter 65 Jahre alt; dies entsprach einem Anteil von 64%. Davon wiederum waren 930.400 Personen arbeitslos gemeldet, was einem Anteil an allen Leistungs-

berechtigten in dieser Altersgruppe von 50% entspricht.

- Am Jahresende 2004 bezogen 965.000 Kinder bis 14 Jahre Hilfe zum Lebensunterhalt, zählt man die 15- bis unter 18-Jährigen mit, dann sind es 1,19 Mio. Kinder. Dies wiederum waren gut 40% aller Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt. Mehr als die Hälfte der 1,19 Mio. Kinder unter 18 Jahren wuchs einem Haushalt mit nur einem Elternteil auf.
- Dementsprechend hoch war das Sozialhilferisiko Alleinerziehender. Von allen Bedarfsgemeinschaften, die einen eigenen Haushalt bildeten, stellten die alleinerziehenden Mütter mit 360.000 Bedarfsgemeinschaften einen Anteil von 28%. Vergleicht man den Anteil der Haushalte von Sozialhilfebeziehern mit allen vergleichbaren Haushalten in Deutschland, so sind 26% aller alleinerziehende Mütter auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen, mit drei und mehr Kindern sind es sogar knapp 50%. Generell kann festgestellt werden, dass der Anteil der alleinerziehenden Mütter etwas um das Zehnfache höher liegt als der Anteil von Ehepaaren mit Kindern mit Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt an allen Ehepaaren mit Kindern. Ursache für die hohe Sozialhilfebedürftigkeit von Alleinerziehenden sind die finanziellen Folgen von Scheidungen und fehlendes Erwerbseinkommen. So bezogen nur 20% aller alleinerziehenden Mütter in der Hilfe zum Lebensunterhalt – dies waren 72.000 Personen – Erwerbseinkommen. Dies zeigt die Bedeutung des Zugangs zu Erwerbsarbeit, der gerade bei dieser Personengruppe abhängig ist von einem ausreichenden und bezahlbaren Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten.

88 Ab dem Jahr 2005, für das noch keine statistischen Daten vorliegen, hat sich Situation erheblich verändert. Mit dem In-Kraft-Treten von SGB XII und SGB II am 1. Januar 2005 hat die überwiegende Mehrzahl der Personen, die zuvor für sich und ihre Angehörigen Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG bezogen haben, Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II (Rdnr. 21, 86). Dies trifft auf den die überwiegende Mehrzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und unter 65 Jahren sowie deren Kinder zu. Nach bislang vorliegenden Schätzungen sind 2005 noch etwa 5% der 2,91 Mio. Leistungsberechtigten des Jahres 2004 in der Hilfe

zum Lebensunterhalt verblieben, also etwa 140.000 Personen. Es handelt sich dabei Bezieher einer befristeten Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung (Rdnr. 139 f), längerfristig Erkrankte, in Einrichtungen Betreute oder nicht bei ihren Eltern lebende Kinder. Damit ist die Hilfe zum Lebensunterhalt nicht länger eine Regelsicherung für erwerbsfähige Menschen ohne Arbeitseinkommen. Die ursprüngliche Konzeption der Hilfe zum Lebensunterhalt als Hilfe im Einzelfall kann damit wieder in den Mittelpunkt rücken.

89 Nach den Vorschriften des Zweiten Kapitels des SGB XII sind Personen in der Hilfe zum Lebensunterhalt leistungsberechtigt, die keine oder keine ausreichenden Ansprüche auf vorrangige Sozialleistungen haben und die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln – dies sind insbesondere (Arbeits-) Einkommen und Vermögen – bestreiten können (§ 19 Abs. 1 SGB XII, vgl. Rdnr. 55). Bei der Prüfung der Hilfebedürftigkeit ist aber zusätzlich auch das gemeinsame Einkommen und Vermögen von nicht getrennt lebenden Ehepartnern oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz mit zu berücksichtigen. Gleiches gilt auch für Hilfebedürftige, die in eheähnlicher Gemeinschaft mit einer anderen Person zusammenleben (§ 20 SGB XII, vgl. Rdnr. 60) und eine Haushaltsgemeinschaft (auch Bedarfsgemeinschaft genannt) bilden.

90 Auch wenn Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt beanspruchen, mit anderen Personen in einer Wohnung zusammen leben, wird nach § 36 SGB XII vermutet, dass sie gemeinsam wirtschaften, also eine Haushaltsgemeinschaft bilden und sich gegenseitig Leistungen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stellen, soweit dies nach deren Einkommen und Vermögen erwartet werden kann. Zur Klärung der Frage, ob gemeinsam gewirtschaftet wird, besteht eine Auskunftspflicht der Bewohner einer gemeinsamen Wohnung (Rdnr. 279). Wird nicht gemeinsam gewirtschaftet, so gilt auch die Unterhaltsvermutung nicht. In diesem Fall besteht ebenso Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt wie in dem Fall, dass die gewährten Unterhaltsleistungen nicht ausreichend sind zur Bestreitung des notwendigen Lebensunterhalts.

91 Gehören minderjährige unverheiratete Kinder dem Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteils an und können sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen bestreiten, so

sind auch sie leistungsberechtigt, sofern unter Berücksichtigung des Einkommens und Vermögens der Eltern oder des Elternteils Hilfebedürftigkeit besteht. Daraus ergibt sich, dass für die Familie die Leistungsberechnung in der Regel gemeinsam durchzuführen ist. Nur für den Fall, dass für einzelne Familienmitglieder bspw. für Kinder, ausreichend eigenes Einkommen oder Vermögen zur Verfügung steht, wird die Leistungsberechnung für einzelne Familienmitglieder durchgeführt.

### **Notwendiger Lebensunterhalt**

92 In § 27 SGB XII wird der notwendige Lebensunterhalt in Fortführung der Abgrenzung nach dem BSHG definiert. Er umfasst Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens, wozu - entsprechend den in § 1 SGB XII definierten Aufgaben der Sozialhilfe (Rdnr. 4 ff) - auch in vertretbarem Umfang Beziehungen zur Umwelt und eine Teilnahme am kulturellen Leben zählen. Hierbei handelt es sich allerdings um keine abschließende Aufzählung. Ferner schließt der notwendige Lebensunterhalt bei Kindern und Jugendlichen auch den durch ihre Entwicklung und ihr Heranwachsen bedingten Bedarf mit ein. Personen, die zwar über ein für den notwendigen Lebensunterhalt ausreichendes Einkommen oder Vermögen verfügen, jedoch einzelne für ihren Lebensunterhalt erforderliche Tätigkeiten nicht verrichten können, sind ebenfalls leistungsberechtigt. Hier kann allerdings im Wege einer Ermessensentscheidung ein angemessener Kostenbeitrag verlangt werden.

### **Pauschalisierte Regelsatzleistungen, Darlehensgewährung und einmalige Bedarfe**

93 Der notwendige Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen wird in Form von monatlich auszahlenden Regelsätzen erbracht (§ 28 Abs. 1 SGB XII). Mit dieser Regelsatzleistung als pauschalierter Form der Leistungserbringung sind alle pauschalierbaren Bedarfe abgedeckt. Sofern damit im Einzelfall ein Bedarf nicht gedeckt werden kann, weil er nachweisbar von dem der Pauschalierung zu Grunde liegenden durchschnittlichen Bedarf abweicht, kann die Leistungshöhe abweichend festgesetzt werden. Dies gilt auch, wenn ein Bedarf ganz oder teilweise anderweitig gedeckt ist. Neben diesem Regelsatzbedarf werden nur noch nicht pauschalierbare Bedarfe wie insbesondere diejenigen für Unterkunft und Heizung

sowie Bedarfe, die von speziellen persönlichen Anspruchsvoraussetzungen abhängig sind, erbracht.

94 Eine Ausnahme von der Leistungsgewährung in Form von Regelsätzen ist für Kinder nach § 28 Abs. 5 SGB XII möglich, wenn sie nicht bei ihren Eltern oder einem Elternteil, sondern in einer anderen Familie oder bei anderen Personen untergebracht sind.

95 In der weit reichenden Pauschalierung der Bedarfe durch eine Neukonzeption des Regelsatzsystems liegt der wesentliche Unterschied zum BSHG. Die Trennung in laufende Leistungen in Form der Regelsatzleistungen und in so genannte einmalige Leistungen, die nur bei dem Vorliegen besonderer Bedarfssituationen – in der Regel für Kleidung und die Anschaffung bspw. von Küchengeräten oder Möbeln – gewährt wurden, wird aufgegeben. Deshalb sind die bisherigen einmaligen Leistungen in pauschalierter Form in die Regelsätze mit einbezogen. Für die Leistungsberechtigten bedeutet dies eine größere wirtschaftliche Selbständigkeit, gleichzeitig aber auch mehr Verantwortung, da sie über ein höheres monatliches „Budget“ als nach dem BSHG selbst verfügen können. Dies hat zur Folge, dass Leistungsberechtigte eine höhere Eigenverantwortung in Form der eigenen Entscheidung über die Verwendung dieser Mittel eingeräumt wird als dies nach dem BSHG-System aus Regelsatz und einmaligen Leistungen der Fall war.

96 Dies zeigt sich darin, dass es wegen des pauschalisierten Regelsatzsystems erforderlich ist, aus dem Regelsatz anzusparsen. Dies bedeutet, dass die monatliche – und wegen der pauschalisierten einmaligen Leistungen gegenüber dem BSHG erhöhte – Regelsatzleistung (Rdnr. 95) nicht vollständig für den laufenden monatlichen Bedarf verbraucht werden kann. Denn hieraus müssen auch die im Unterschied zum BSHG und mit Ausnahme der drei einmaligen Bedarfe nach § 31 SGB XII (Rdnr. 97) nicht mehr einzeln zu erbringenden einmaligen Leistungen abgedeckt werden. Kann trotzdem im Einzelfall ein durch die Regelsätze abgedeckter und nach den Umständen gebotener Bedarf nicht gedeckt werden, soll das Sozialamt auf Antrag die erforderlichen Mittel als ergänzendes Darlehen nach § 37 SGB XII gewähren. Für die Rückzahlung des zinslosen Darlehens können in monatlichen Raten Teilbeträge von bis zu 5% des Eckregelsatzes von der monatlichen Leistung einbehalten werden.



97 Weil sich nicht alle der bisherigen einmaligen Leistungen auf sinnvolle bzw. auf eine im Einzelfall vertretbare Weise pauschalieren lassen, verbleiben trotz der Pauschalierung noch die drei in § 31 SGB XII genannten einmaligen Bedarfe:

- Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten,
- Erstausrüstung für Bekleidung, darin eingeschlossen bei Schwangerschaft und Geburt sowie
- mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen schulrechtlicher Bestimmungen.

Ein Anspruch auf diese drei einmaligen Bedarfe kann auch bestehen, wenn ansonsten keine Regelsatzleistungen benötigt werden.

### **Bemessung der Regelsätze**

98 Die Regelsätze sind nach § 28 Abs. 3 SGB XII so zu bemessen, dass der notwendige Lebensunterhalt dadurch gedeckt werden kann. Dabei sind Stand und Entwicklung von Nettoeinkommen, Verbraucherverhalten und Lebenshaltungskosten zu berücksichtigen. Dies erfolgt auf der Grundlage der tatsächlichen, d. h. der statistisch ermittelten Verbrauchsausgaben entsprechend den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (abgekürzt als EVS). Die Werte der zu Grunde gelegten EVS gelten solange, bis die ausgewerteten Ergebnisse einer neuen EVS vorliegen, in der Regel also alle fünf Jahre. In den Jahren, für die keine neuen statistischen Ergebnisse vorliegen, erfolgt die Fortschreibung der Regelsätze entsprechend der Veränderung des aktuellen Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. Kapitel 6).

99 Liegt eine ausgewertete neue EVS vor, dann ist die Regelsatzbemessung an Hand von deren Ergebnissen zu überprüfen und, sofern sich daraus ein Änderungsbedarf ergibt, entsprechend weiter zu entwickeln. Der seit 1. Januar 2005 geltende Regelsatz beruht auf der EVS 1998. Mittlerweile liegt die EVS 2003 vor, die für die Regelsatzbemessung erforderlichen Auswertungen sind jedoch noch nicht abgeschlossen. Deshalb ist noch nicht absehbar, ob es deshalb zum 1. Juli 2006 zu einer Weiterentwicklung der Regelsatzfestsetzung kommt.

100 Die statistische Ermittlung des Regelsatzes auf der Basis der EVS wurde bereits durch das Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts vom 23. Juli 1996 eingeführt. Allerdings kam dieses Ermittlungsverfahren wegen einer Übergangsregelung, die bis zum

Jahresende 2004 galt, erstmals zum 1. Januar 2005 zur Anwendung. Die Regelsätze wurde stattdessen entsprechend der Veränderung des aktuellen Rentenwerts fortgeschrieben. Die statistikbasierte Festsetzung zum 1. Januar 2005 zeigte jedoch, dass diese Fortschreibungsmethode zu keinen nennenswerten Abweichungen geführt hatte.

101 Bei der Bemessung der Regelsätze ist neben den statistischen Daten der EVS auch das so genannte Lohnabstandsgebot zu berücksichtigen. Damit wird sichergestellt, dass zwischen dem von der Hilfe zum Lebensunterhalt gewährleisteten notwendigen Lebensunterhalt und unteren Arbeitnehmerinkommen ein ausreichender Abstand gewahrt ist, damit ein Anreiz zur Wiederaufnahme oder zur weiteren Ausübung einer Erwerbstätigkeit erhalten bleibt. Dazu sind im Rahmen einer Vergleichsrechnung für eine Haushaltsgemeinschaft von Ehepaaren mit drei Kindern die Summe aus den Regelsätzen zusammen mit Durchschnittsbeträgen für Unterkunft und Heizung (Rdnr. 108 ff) und einmaligen Bedarfen (Rdnr. 97) und eines durchschnittlichen Erwerbstätigenabsetzbetrags (Rdnr. 225) zu ermitteln. Diese Summe muss unterhalb des durchschnittlichen monatlichen Nettoarbeitsentgelts unterer Lohn- und Gehaltsgruppen bleiben, wobei dieses Nettoarbeitsentgelt für eine alleinverdienende vollzeitbeschäftigte Person errechnet wird und anteilige einmalige Lohn- und Gehaltszahlungen sowie Kindergeld und Wohngeld hinzugezählt werden.

### **Regelsatzverordnung und Festsetzung der Regelsätze durch die Länder**

102 Die Höhe der monatlichen Regelsätze wird nicht durch den Bund und auch nicht bundeseinheitlich festgesetzt, sondern jährlich von den Ländern durch Rechtsverordnung zum 1. Juli (§ 28 Abs. 2 SGB XII). Von der Öffnungsklausel, dass die Länder auch Mindestregelsätze bestimmen und die Träger der Sozialhilfe ermächtigen, auf dieser Grundlage regionale Regelsätze festzusetzen, wird nur in Bayern Gebrauch gemacht. Für die ostdeutschen Länder sieht § 28 Abs. 2 SGB XII auf Grund der zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch im Jahr 2003 feststellbaren Unterschiede in den Einkommensverhältnissen zwischen West- und Ostdeutschland bis zum Jahr 2010 eine Sonderregelung vor: Der Abstand der für die alten und neuen Länder geltenden durchschnittlichen Eckregelsätze darf nicht mehr als 14 Euro betragen. Diese Differenz ent-



sprach dem Unterschied zwischen den sich nach dem BSHG ergebenden Regelsätzen zwischen West- und Ostdeutschland am Jahresende 2004.

103 Für die Regelsatzfestsetzung durch die Länder gibt die mit Zustimmung des Bundesrats nach § 40 SGB XII erlassene Regelsatzverordnung (Verordnung zur Durchführung des § 28 des SGB XII - Regelsatzverordnung - RSV - vom 3. Juni 2004) das Bemessungssystem vor. Die Regelsatzverordnung bestimmt Inhalt, Bemessung, Aufbau und Fortschreibung der Regelsätze. Bundeseinheitlich ist damit geregelt, welche Bedarfe in welchem Umfang das soziokulturelle Existenzminimum und damit den sozialhilferechtlichen Bedarf ergeben. Die von den Ländern festzusetzenden Regelsätze decken folglich den gleichen

Bedarf ab und weichen deshalb innerhalb der alten Länder einerseits und innerhalb der neuen Länder andererseits nicht oder nur geringfügig von einander ab. Soweit Unterschiede feststellbar sind, sind diese auf unterschiedliche Lebenshaltungskosten zurückzuführen. Die seit dem 1. Januar 2005 geltenden Regesätze sind in untenstehender Tabelle enthalten.

104 Die Regelsatzfestsetzung nach § 28 SGB XII und der Regelsatzverordnung gilt nicht nur für die Sozialhilfe, sondern auch für die Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II.

**Regelsätze in der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (alle Beträge in Euro)**

	Haushaltsvorstand Allein-stehender (Eckregelsatz)		Haushaltsangehörige ab 01.01.2005	
			ab Vollendung des 14. Lebensjahres (80% des Eckregelsatzes)	bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (60% des Eckregelsatzes)
	bis 31.12.2004 (BSHG)	ab 1.1.2005 (SGB XII)	ab 1.1.2005 (SGB XII)	
Baden Württemberg	297	345	276	207
Bayern	287	341	273	205
Berlin	296	345	276	207
Brandenburg	283	331	265	199
Bremen	296	345	276	207
Hamburg	296	345	276	207
Hessen	297	345	276	207
Mecklenburg-Vorpommern	282	331	265	199
Niedersachsen	296	345	276	207
Nordrhein-Westfalen	296	345	276	207
Rheinland-Pfalz	296	345	276	207
Saarland	296	345	276	207
Sachsen	282	331	265	199
Sachsen-Anhalt	285	331	265	199
Schleswig-Holstein	296	345	276	207
Thüringen	282	331	265	199
West (einschl. Berlin)	295	345	276	207
Ost	281	331	265	199

105 Ausgangsbasis bei der Berechnung des Regelsatzes nach der EVS ist der so genannte Eckregelsatz. Dies ist der Regelsatz für einen Haushaltsvorstand und Alleinstehende mit eigenem Haushalt und beträgt 100% des Regelsatzes. Dessen Höhe wiederum errechnet sich aus den Verbrauchsausgaben der EVS für die einkommensschwächsten 20% der Haushalte, wobei Sozialhilfebezieher in dieser Referenzgruppe nicht berücksichtigt werden. Mit der Zugrundelegung dieser Referenzgruppe wird das Ziel der Sozialhilfe umgesetzt, den Leistungsberechtigten ein Leben zu ermöglichen, wie es auch andere einkommensschwache Personen, die nicht von Sozialleistungen leben, führen. Dadurch wiederum wird verhindert, dass Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt in der Öffentlichkeit als solche auffallen (Rdnr. 4). Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt und - da das Regelsatzsystem auch für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel gilt (Rdnr. 141) - werden somit hinsichtlich des regelsatzrelevanten Bedarfs so gestellt, wie das einkommensschwächste Fünftel der Gesamtbevölkerung.

106 Die Verbrauchsausgaben sind in der EVS nach unterschiedlichen Gruppen (so genannten Abteilungen) aufgeschlüsselt und werden für die Berechnung herangezogen, so weit sie regelsatzrelevant sind. Regelsatzrelevant bedeutet, dass sie für den durch die Regelsätze abzudeckenden Bedarf und damit für den notwendigen Lebensunterhalt erforderlich sind. So sind bspw. die Kosten für Wohnung und Heizung herauszurechnen, da sie zusätzlich zum Regelsatz als Unterkunftskosten (Rdnr. 108 ff) getrennt zu zahlen sind.

107 Die Regelsatzanteile für Haushaltsangehörige leiten sich als Prozentsätze aus dem Eckregelsatz ab und ergeben den so genannten maßgeblichen Regelsatz. Gegenüber dem BSHG wurde die sich daraus ergebende Regelsatzstruktur vereinfacht – es gibt nur noch zwei abgeleitete Regelsätze für Haushaltsangehörige gegenüber vier im BSHG: bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 60% und ab Vollendung des 14. Lebensjahres 80% des Eckregelsatzes. Damit wird im SGB XII auf die nach dem BSHG übliche Differenzierung zwischen Kindern unter sieben Jahren (50% des Eckregelsatzes) und zwischen sieben Jahren und unter 14 Jahren (65% des Eckregelsatzes) ebenso verzichtet wie auf die Differenzierung zwischen 14 und unter 18-jährigen Personen (90% des Eckregelsatzes) sowie 18-jährigen und älteren (80% des Eckregelsatzes). Die neue Altersstufung

entspricht internationalen Standards und berücksichtigt gleichzeitig eine wissenschaftliche Untersuchung des Statistischen Bundesamtes über die Ausgaben für Kinder. Diese Untersuchung hatte ergeben, dass die früheren Regelsatzanteile für ältere Kinder zu hoch und für jüngere Kinder zu niedrig waren. Die damit verbundene Erhöhung der Regelsatzanteils für unter 7-jährige Kinder begünstigt zudem die zahlenmäßig größte Gruppe der leistungsberechtigten Kinder. Darüber hinaus wird das bisherige, empirisch nicht begründbare Missverhältnis beseitigt, dass 14- bis unter 18-Jährige einen höheren Regelsatzanteil erhielten als Volljährige. Beide Altersgruppen sind nun gleichgestellt. Negative finanzielle Auswirkungen für Alleinerziehende, die sich nach Alter des bzw. der Kinder ergeben, werden durch Mehrbedarfszuschläge ausgeglichen (Rdnr. 116 f).

## **Kosten für Unterkunft und Heizung**

108 Nach § 29 SGB XII werden die Kosten für die Unterkunft, also im Regelfall die monatliche Miete, zusätzlich zum Regelsatz in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen übernommen. Möglich ist auch, dass im Falle von selbstgenutztem Wohneigentum, sofern dieses als Schonvermögen anerkannt wird, die Nebenkosten übernommen werden (Rdnr. 242); Kapitalkosten (Verzinsung und Tilgung) werden jedoch nicht übernommen (Rdnr. 121).

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten der Unterkunft ist allerdings, dass sie angemessen sind. Bei der Frage, welche Kosten angemessen sind, hat der Träger der Sozialhilfe die besonderen Lebensumstände, z. B. die Zahl der Haushaltsangehörigen, das Alter der Kinder oder einen besonderen Wohnbedarf wegen Krankheit oder Behinderung zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sind die Zahl der vorhandenen Räume, das örtliche Mietniveau und die Möglichkeiten des örtlichen Wohnungsmarktes zu prüfen. Für die Größe einer Wohnung werden im Allgemeinen von 45 bis 50 Quadratmeter für eine alleinstehende Person und zusätzlich 10 bis 15 Quadratmeter für jede weitere Person zu Grunde gelegt. Die sich daraus ergebende angemessene Miethöhe richtet sich meist nach der Wohngeldobergrenze nach § 8 Wohngeldgesetz (vgl. Kapitel 20), ergänzt – soweit vorhanden – um den örtlichen Mietspiegel. Bei Fehlen eines Mietspiegels ist der Preisspiegel des Verbands Deutscher Makler (VDM) ein wichtiger Anhaltspunkt.

*109* Der Träger der Sozialhilfe kann in seinem Zuständigkeitsbereich die Unterkunftskosten auch in Form einer monatlichen Pauschale abgelden, sofern der örtliche Wohnungsmarkt dies wegen eines ausreichenden Wohnungsangebots zulässt und es im Einzelfall nicht unzumutbar ist.

*110* Ist die Miete zu hoch, weil die Wohnung zu groß oder die Miete pro Quadratmeter zu hoch ist, so wird die Miete nur bis zu sechs Monaten übernommen. Damit wird Leistungsberechtigte die erforderliche Zeit eingeräumt, ihre Miete zu senken. Dies erfolgt meist durch Umzug in eine günstigere Wohnung, denkbar ist bspw. aber auch Untervermietung. Von der Notwendigkeit, die Miete zu senken, kann jedoch im Einzelfall auch abgesehen werden. So wird ein Umzug in der Regel als nicht zumutbar angesehen, wenn ein Leistungsberechtigter z. B. schwer erkrankt oder behindert ist oder bei über 65-jährigen auch nach langer Wohndauer in einer Wohnung.

*111* Kommt es zu einem Umzug, dann können nach vorheriger Zustimmung des Sozialamts auch die Wohnungsbeschaffungskosten wie bspw. Gebühren für Zeitungsanzeigen oder Maklergebühren sowie die Mietkaution und Umzugskosten übernommen werden. Diese Kosten sollen sogar übernommen werden, wenn der Umzug vom Sozialamt veranlasst wurde oder wenn anders keine neue angemessene Wohnung gefunden werden kann. Ferner ist es möglich, dass das Sozialamt die Miete direkt an den Vermieter überweist, was vor allem dann erfolgt, wenn eine zweckentsprechende Verwendung durch den Leistungsberechtigten nicht sichergestellt ist.

*112* Die einzige Änderung bei den Unterkunftskosten im Vergleich zum BSHG liegt im Wegfall des besonderen Mietzuschusses, einer pauschalen Wohngeldzahlung für Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt. Durch die Änderung des Wohngeldgesetzes im Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 ist diese Wohngeldleistung ab dem 1. Januar 2005 nur für Leistungsberechtigte in der Hilfe zum Lebensunterhalt weggefallen, ebenso der Wohngeldanspruch in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel weggefallen; in der neuen Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II gibt es ebenfalls keinen Wohngeldanspruch. Für die Sozialleistungsbezieher ergibt sich hieraus kein finanzieller Nachteil, denn die Unterkunftskosten werden nun nicht mehr durch Wohngeld

und Unterkunftskosten bezogenen Sozialleistung abgedeckt, sondern in vollem Umfang durch die Unterkunftskosten. Für die öffentliche Verwaltung führt die Änderung zu einer Reduzierung von Verwaltungsaufwand.

*113* Für die Heizungskosten gilt nach § 29 SGB XII das Selbe wie für die Unterkunftskosten: Sie werden in tatsächlicher Höhe übernommen, soweit sie angemessen sind. Ebenso ist eine Übernahme in Form von Pauschalen möglich.

### **Mehrbedarfszuschläge**

*114* Die Mehrbedarfe nach § 30 SGB XII werden aus dem BSHG übernommen, allerdings wird ihre Bemessung in Form von Prozentanteilen des maßgeblichen Regelsatzes bzw. des Eckregelsatzes dem in Folge der Pauschalierung erhöhten Regelsatz angepasst, so dass sich für die Höhe der Beträge keine Auswirkungen ergeben. Generell ist es den Trägern der Sozialhilfe möglich, einen im Einzelfall abweichenden Bedarf zu berücksichtigen, also von den gesetzlich vorgegebenen Prozentsätzen abzuweichen. Die folgenden drei Mehrbedarfe wurden unter dieser Vorgabe aus dem BSHG unverändert übernommen:

- Schwangere erhalten nach der 12. Schwangerschaftswoche einen Mehrbedarf in Höhe von 17% des maßgeblichen Regelsatzes.
- Behinderte Menschen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, und denen im Rahmen der Eingliederungshilfe Hilfen zur Schulausbildung, schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich Hochschulbesuch oder zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit geleistet wird (Rdnr. 169), erhalten einen Mehrbedarf in Höhe von 35% des maßgeblichen Regelsatzes. Der Mehrbedarf kann auch über die Ausbildungszeit hinaus für eine angemessene Übergangszeit gewährt werden. Ein Mehrbedarf für voll erwerbsgeminderte unter 65-jährige in Höhe von 17% kann daneben nicht gewährt werden.
- Benötigen Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in Ausnahmefällen eine spezielle und deshalb kostenaufwändige Ernährung, erhalten sie als Ausgleich der dadurch bedingten Mehrkosten einen Mehrbedarf in angemessener Höhe. Angesichts der zu unterschiedlichen Bedürfnisse bei zu berücksichtigen-

den Erkrankungen wird hier auf die Festsetzung eines konkreten Prozentsatzes verzichtet.

*115* Beim Mehrbedarf für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder unter 65 Jahre und voll erwerbsgemindert im Sinne des Rentenrechts (SGB VI) sind sowie einen Ausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen G (Gehbehinderung) haben, erhalten einen Mehrbedarf von 17% des maßgeblichen Regelsatzes. Damit werden vor allem die erhöhten Aufwendungen wegen der eingeschränkten Mobilität ausgeglichen. Die im BSHG enthaltene Besitzstandsregelung, nach der unter 65-jährige Leistungsberechtigte diesen Mehrbedarf auch ohne Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen G erhalten konnten, wurde allerdings nicht in das SGB XII übernommen. Diese Besitzstandsregelung ging

auf den bis zum 31. Juli 1996 geltenden Rechtsstand zurück und erforderte, dass der Anspruch auf den Mehrbedarf an diesem Tag bestanden hatte. Damit wurde die Ungleichbehandlung im Vergleich zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und den Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt in Ostdeutschland – in beiden Fällen galt die Übergangsregelung nicht – beseitigt.

*116* Die zweite inhaltliche Änderung bei den Mehrbedarfen gegenüber dem BSHG ergibt sich beim Mehrbedarf für Alleinerziehende. Durch das SGB XII erhalten alle Personen, die mit einem oder mehreren Kindern zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, einen Mehrbedarf. Dessen Voraussetzungen und Höhe sowie die Unterschiede zum BSHG sind in der nachfolgenden Tabelle enthalten.

**Tabelle: Höhe der Mehrbedarfe für Alleinerziehende**

	<b>BSHG*</b>	<b>SGB XII</b>
Alleinerziehende mit ... Kindern haben Anspruch auf Mehrbedarfszuschlag in Höhe von ... % des Eckregelsatzes	mit 1 Kind unter 7 Jahren in Höhe von 35% oder	mit 1 Kind unter 7 Jahren in Höhe von 36% oder
	mit 2 oder 3 Kindern unter 16 Jahren in Höhe von 35% oder	mit 2 oder 3 Kindern unter 16 Jahren in Höhe von 36%,
	mit 4 oder mehr Kindern unter 16 Jahren in Höhe von 52%	in allen anderen Fällen 12%, höchstens jedoch 60%

\* Die Prozentsätze sind auf das pauschalierte Regelsatzsystem des SGB XII umgerechnet.

*117* Die Einbeziehung aller Alleinerziehenden in die Mehrbedarfsregelung ist eine Folge der neuen Altersgruppeneinteilung bei den maßgeblichen Regelsätzen für Haushaltsangehörige (Rdnr. 107). Einerseits hatten Alleinerziehende und ihre Kinder bis 2004 den höchsten Anteil an den Beziehern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Rdnr. 87). Andererseits wirkt sich bei Alleinerziehenden in Abhängigkeit vom Alter des Kindes bzw. der Kinder die veränderte Alterstruktur wegen der fehlenden Regelsatzleistung des Partners stärker aus als bei Paarhaushalten mit Kindern. Deshalb werden die niedrigeren Regelsatzanteile für Kinder zwischen 7 und unter 18 Jahren durch die Mehrbedarfszuschläge ausgeglichen. Alleinerziehende mit einem Kind ab 7 Jahren werden zusätzlich einbezogen, ebenso Alleinerziehende mit mehreren Kindern, die bislang wegen des Alters der Kinder keinen Mehrbedarf erhielten.

*118* Besteht Anspruch auf mehrere Mehrbedarfe, so darf die Summe aller anzuerkennenden Mehrbedarfe die Höhe des maßgebenden Regelsatzes nicht übersteigen.

### **Übernahme von Beiträgen für Kranken- und Pflegeversicherung sowie von Prämien weiterer Versicherungen**

*119* Die Übernahme von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung regelt § 32 SGB XII. Für Leistungsberichtigte in der Hilfe zum Lebensunterhalt werden die Beiträge übernommen, wenn sie zur Weiterversicherung berechtigt sind. Dies setzt voraus, dass sie aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar

vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren. Ansonsten können Beiträge für eine freiwillige Versicherung übernommen werden, wenn sie angemessen sind. Sie werden grundsätzlich übernommen, wenn der Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur von kurzer Dauer ist und eine freiwillige Versicherung dadurch aufrechterhalten werden kann. Damit wird u. a. für Zeiten nach dem Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt die Möglichkeit zur Weiterversicherung aufrechterhalten.

*120* Darüber hinaus können nach § 33 SGB XII auch freiwillige Beiträge für die Alterssicherung – in der Regel zur gesetzlichen Rentenversicherung – übernommen werden. Die Beitragszahlung hat zum Ziel, dass ein Leistungsberechtigter die Mindestbeitragszeiten (Wartezeit) für eine Altersrente erfüllt bzw. vorhandene Ansprüche soweit erhöht werden, dass im Alter keine Hilfebedürftigkeit besteht. Ferner können Beiträge für eine Sterbegeldversicherung übernommen werden, um dem Leistungsberechtigten einen Anspruch auf ein angemessenes Sterbegeld zu ermöglichen.

### **Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen**

*121* Die Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen nach § 34 SGB XII ermöglicht die Übernahme von Schulden, allerdings nur unter sehr eng gesetzten Voraussetzungen, denn Entschuldung ist nicht Aufgabe der Sozialhilfe. Angesichts der Notwendigkeit, eine Räumungsklage wegen Mietschulden zu verhindern, stellt die Übernahme von Mietschulden eine solche Ausnahme dar. Der Träger der Sozialhilfe soll sie übernehmen, wenn dies gerechtfertigt und nötig ist, um Wohnungslosigkeit zu verhindern. Hierin kommt zum Ausdruck, dass eine Überwindung der Notlage ohne gesicherte Unterkunft nicht zu erwarten ist. Ansonsten ist die Schuldenübernahme nur in vergleichbaren Notlagen möglich. Eine solche vergleichbare Notlage kann z. B. entstehen, wenn wegen Schulden bei Energieversorgungsunternehmen die Gefahr einer Sperrung der Energieversorgung unmittelbar bevorsteht.

*122* Zur vorbeugenden Vermeidung von Wohnungslosigkeit sind Gerichte verpflichtet, im Falle einer Räumungsklage dem zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe oder der von ihm bestimmten Stelle vom Eingang der Klage und der Höhe der Mietschulden Mitteilung zu machen. Diese Mitteilung ist allerdings nicht erforderlich, wenn die Nichtzahlung

der Miete offensichtlich nicht auf die Zahlungsunfähigkeit des Mieters zurückzuführen ist.

*123* Die Übernahme der Mietschulden stellt nach § 21 SGB XII die einzige Leistung der Hilfe zum Lebensunterhalt dar, auf die auch Leistungsberechtigte in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II Anspruch haben können. Dies ist dann der Fall, wenn die Leistung nicht im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit steht und deshalb nicht nach SGB II übernommen werden kann.

### **Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen**

*124* Für die in § 35 SGB XII enthaltene Bestimmung des notwendigen Lebensunterhalts von Leistungsberechtigten in Einrichtungen gibt es keine Vorläuferregelung im BSHG. Gegenstand von § 35 Abs. 1 SGB XII ist, dass auch bei Leistungsberechtigten in vollstationären Einrichtungen im Falle von Hilfebedürftigkeit eine Leistung erbracht wird, die dem notwendigen Lebensunterhalt entspricht, den ein Leistungsberechtigter in häuslicher Umgebung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten würde. Dieser notwendige Bedarf bei stationärer Unterbringung wurde durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch dahin gehend definiert, dass er dem Umfang der Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel entspricht. Dies sind der maßgebende Regelsatz nach § 28 SGB XII, die bei stationärer Unterbringung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu berücksichtigenden pauschalierten Unterkunftskosten (Rdnr. 141) und Mehrbedarfe nach § 30 SGB XII.

*125* Daneben gibt es bei stationärer Unterbringung den weiteren notwendigen Lebensunterhalt. Zur näheren Bestimmung des Begriffs nennt § 35 Abs. 2 SGB XII in einer beispielhaften Aufzählung Kleidung und angemessenen Barbetrag. Hiermit wird allerdings keine abschließende Abgrenzung vorgenommen, die Berücksichtigung weiterer Bedarfe ist deshalb nicht ausgeschlossen. Der genannte Barbetrag steht als „Taschengeld“ für persönliche Bedürfnisse zur Verfügung und beläuft sich für volljährige Leistungsberechtigten auf mindestens 26% des Eckregelsatzes, dies sind im ersten Halbjahr 2006 in Westdeutschland 89,70 Euro, in Ostdeutschland 86,06 Euro. Für nicht volljährige Leistungsberechtig-



te wird die Höhe des Barbetrags für in ihrem Bereich bestehende Einrichtungen festgesetzt.

*126* Der nach dem BSHG zu gewährende zusätzliche Barbetrag – der so genannte Zusatzbarbetrag –, der dann gewährt wurde, wenn ein Leistungsberechtigter einen Teil der Kosten des Aufenthalts in der Einrichtung selbst trägt, wurde durch das SGB XII-Einführungsgesetz nicht übernommen. Es handelt sich dabei um eine bedarfsunabhängige Leistung und damit um einen Fremdkörper im Sozialhilferecht. Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch wurde in die Übergangsvorschriften des Sechzehnten Kapitels als Besitzschutzregelung der § 133a SGB XII eingefügt. Danach erhalten Personen, die bei Außer-Kraft-Treten des BSHG, also am 31. Dezember 2004, Anspruch auf einen Zusatzbarbetrag hatten, diesen in der für Dezember 2004 festgestellten Höhe weiter.

*127* Mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch wurde die Vorschrift zu ergänzenden Darlehen in § 37 SGB XII (Rdnr. 96) um einen Absatz 2 erweitert. Dieser enthält eine spezielle Darlehensregelung zur Vorfinanzierung der Zuzahlungen nach dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 (Rdnr. 161 sowie Kapitel 5) für stationär untergebrachte Leistungsberechtigte, die vom Sozialamt einen Barbetrag erhalten. Sofern der Leistungsberechtigte nicht widerspricht, werden die für das gesamte Jahr zu leistenden Zuzahlungen bereits zum 1. Januar oder bei Aufnahme in die stationäre Einrichtung durch das Darlehen abgedeckt. Die Abwicklung wird von dem zuständigen Sozialhilfeträger und der Krankenkasse vorgenommen, der Barbetragsbezieher erhält eine Freistellungsbescheinigung für das gesamte Kalenderjahr von seiner Krankenkasse und ist damit für dieses Jahr von Zuzahlungen befreit. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in gleichen monatlichen Raten während des Kalenderjahrs.

### **Darlehen bei vorübergehender Notlage**

*128* Liegt Hilfebedürftigkeit voraussichtlich nur für kurze Zeit vor, weil mindestens bedarfsdeckende Einnahmen absehbar sind – z. B. der Beginn einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung –, können nach § 38 SGB XII alle Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, einschließlich dem Barbetrag bei stationärer Unterbringung (§ 35 Abs. 2 SGB XII),

ausgenommen einmalige Bedarfe (§ 31 SGB XII), als Darlehen gewährt werden.

### **Einschränkung der Leistung**

*129* In der Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es nach § 39 SGB XII auch die Möglichkeit, Leistungen einzuschränken, wenn ein Leistungsberechtigter seine Verpflichtungen im Rahmen aktivierender Maßnahmen (Rdnr. 42 ff) nicht einhält. Nimmt ein Leistungsberechtigter eine angebotene Tätigkeit nicht an oder nimmt er an einer erforderlichen Vorbereitung nicht teil und wurde er zuvor über die Konsequenzen belehrt, dann wird die Leistung in einem ersten Schritt um 25% des maßgeblichen Regelsatzes vermindert, bei wiederholter Ablehnung jeweils um bis weitere 25%.

## **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**

### **Vom eigenständigen Gesetz zum Vierten Kapitel SGB XII**

*130* Das Vierte Kapitel Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung übernimmt in den §§ 41 bis 46 SGB XII die Vorschriften des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Gesetzes über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG), das durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch zum 31. Dezember 2004 aufgehoben wurde.

*131* Das GSiG wurde im Rahmen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz) vom 26. Juni 2001 verabschiedet. Hauptziel der Einführung der Grundsicherung war die Bekämpfung verschämter Altersarmut. Verschämt deshalb, weil ältere Menschen trotz Hilfebedürftigkeit die Hilfe zum Lebensunterhalt nicht in Anspruch genommen hatten. Einer der Hauptgründe hierfür war, dass gerade ältere Menschen wegen eines möglichen Unterhaltsrückgriff der Sozialämter auf ihre Kinder vermeiden wollten. Weiteres Ziel war es, mit der Grundsicherung erstmals dauerhaft voll erwerbsgeminderten Menschen, besonders den von Geburt oder früher Jugend an Schwerstbehinderten, erstmals zu einer elternunabhängigen Absicherung des soziokulturellen Existenzminimums zu verhelfen und ihnen damit mehr materielle Eigenständigkeit zu ermöglichen.



*132* Die Integration der Grundsicherung in das SGB XII und die Aufhebung des GSiG ist im Zusammenhang mit der Neukonzeption bedarfsabhängiger Sozialleistungen in SGB XII und SGB II zu sehen. Auswirkungen auf die Konzeption der Grundsicherung ergeben sich hieraus nicht. Soweit dabei inhaltliche Änderungen vorgenommen wurden, die nicht unmittelbare Folge der Einbeziehung in das SGB XII sind, so berücksichtigen diese die Erfahrungen aus der Anwendung des GSiG und eine Angleichung des Leistungsumfangs der Grundsicherung an den der Hilfe zum Lebensunterhalt.

*133* Folge der Integration als Viertes Kapitel in das SGB XII ist, dass die Vorschriften des SGB XII in ihrer Gesamtheit auch für die Grundsicherung gelten, sofern nicht die Anwendung einzelner Regelungen explizit ausgeschlossen wird.

### **Leistungsberechtigter Personenkreis**

*134* Leistungsberechtigt sind in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den allgemeinen Vorschriften in § 19 Abs. 2 SGB XII sowie nach der Spezialvorschrift des Vierten Kapitels in § 41 SGB XII Personen, die sich ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen beschaffen können und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben, sofern sie

- das 65. Lebensjahr vollendet haben oder
- das 18. Lebensjahr vollendet haben und unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB VI sind, sofern es unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann. Danach sind Personen aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert, wenn ihr Leistungsvermögen wegen Krankheit oder Behinderung soweit vermindert ist, dass auf nicht absehbare Zeit keine Möglichkeit besteht, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Von der Dauerhaftigkeit ist auszugehen, wenn unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.

Der Anspruch auf Grundsicherung geht einem Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt vor, es gibt also kein Wahlrecht zwischen beiden Leistungen.

*135* Keinen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung haben:

- Personen, die leistungsberechtigt nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes sind. Dies ergibt sich aus der Vorschrift über Sozialhilfe für Ausländer in § 23 Abs. 2 SGB XII (Rdnr. 64).
- Personen, die in den letzten 10 Jahren ihre Bedürftigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben, indem sie z. B. ihr Vermögen verschleudert oder dieses ohne Rücksicht auf die Notwendigkeit der Bildung von Rücklagen im Alter verschenkt haben. Hierdurch soll eine missbräuchliche Inanspruchnahme der Grundsicherungsleistungen verhindert werden. Diese aus dem GSiG übernommene Regelung lehnt sich an § 26 SGB XII (Rdnr. 83) an.
- Leistungsberechtigte, deren unterhaltsverpflichtete Eltern oder Kinder ein Jahreseinkommen vom mindestens 100.000 Euro haben (Rdnr. 147).

*136* Am Jahresende 2004 haben insgesamt 526.034 Personen Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezogen. Davon lebten 328.274 Personen außerhalb von Einrichtungen und 143.760 in Einrichtungen. Leistungsberechtigt wegen Vollendung des 65. Lebensjahres waren 293.137 Personen, wegen einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung 232.897 Personen.

*137* Aus der Definition der Leistungsberechtigung ergibt sich, dass der Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder das Bestehen einer Rentenberechtigung keine Anspruchsvoraussetzung darstellt. Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist keine Rentenleistung im Sinne einer „Ersatz-“ oder einer „Mindestrente“, sondern eine Leistung der Sozialhilfe und setzt deshalb Bedürftigkeit voraus. Allerdings orientieren sich die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen, also Vollendung des 65. Lebensjahres und medizinisch bedingte dauerhafte volle Erwerbsminderung, am Rentenrecht. Dieser Abgrenzung der Leistungsberechtigung liegt die pauschalierende, also vom konkreten Einzelfall absehende Annahme zu Grunde, dass ältere Menschen und dauerhaft voll erwerbsgeminderte eine bereits eingetretene Hilfebedürftigkeit nicht aus eigenen Kräften überwinden können. Sie sind deshalb dauerhaft auf die Hilfe der Gemeinschaft angewiesen. Bei der Hilfe zum Lebensunterhalt wird hingegen von einer vorübergehenden, zumindest aber zeitlich begrenzten Notlage ausgegangen.

138 Das 65. Lebensjahr für die Leistungsvoraussetzung „Alter“ wurde gewählt, weil in den gesetzlichen Alterssicherungssystemen mit Erreichen dieses Lebensalters ein altersbedingtes dauerhaftes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben unterstellt wird. So besteht bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen mit dem vollendeten 65. Lebensjahr, der so genannten Regelaltersgrenze, in der gesetzlichen Rentenversicherung der Anspruch auf eine Regelaltersrente (vgl. Kapitel 6). Damit kann die Regelaltersgrenze nach allgemeiner Auffassung mit dem Endzeitpunkt der Erwerbsphase gleichgesetzt werden. Für ältere Menschen wird deshalb - ohne Rücksicht auf den individuellen Einzelfall - mit Erreichen der Regelaltersgrenze die Ausübung einer Erwerbstätigkeit zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht mehr unterstellt und auch nicht mehr erwartet.

139 Eine dauerhafte volle Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen lässt wegen des durch Krankheit oder Behinderung verminderten Leistungsvermögens nur eine Erwerbstätigkeit von weniger als drei Stunden am Tag zu. Damit kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeit besteht, durch Erwerbstätigkeit den Lebensunterhalt zu bestreiten. Solange allerdings die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht ausgeschlossen ist - vor allem nach einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitations- oder Eingliederungsmaßnahme - besteht nur eine zeitlich befristete volle Erwerbsminderung und damit kein Anspruch auf Grundsicherung. Im Falle der wiederholten Befristung nach einem ununterbrochenen Bezug von neun Jahren wird jedoch eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung gewährt. Ab diesem Zeitpunkt besteht dann auch ein Anspruch auf Grundsicherung.

140 Aus der Definition der dauerhaften vollen Erwerbsminderung folgt, dass der Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer aus Arbeitsmarktgründen zeitlich befristet gewährten Rente wegen voller Erwerbsminderung zu keinem Grundsicherungsanspruch führt. In beiden Fällen ist noch eine Tätigkeiten von drei bis unter sechs Stunden täglich möglich (Definition der teilweisen Erwerbsminderung nach dem SGB VI); eine so genannte arbeitsmarktbedingte und deshalb zeitlich befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung wird nur dann gewährt, wenn kein leistungsgerechter Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung steht und deshalb die Erzielung eines ausreichendes Einkommens nicht möglich ist.

## Leistungsumfang

141 Der Umfang der Leistungen ist in § 42 SGB XII enthalten und umfasst:

- Den maßgeblichen Regelsatz nach § 28 SGB XII, womit das neue Regelsatzsystem der Hilfe zum Lebensunterhalt (Rdnr. 98 ff) in vollem Umfang auch für die Grundsicherung gilt. Eine Pauschalierung einmaliger Leistungen hat es ansatzweise bereits nach dem GSiG gegeben. Bis zum Jahresende 2004 wurde zusätzlich zum maßgeblichen Regelsatz eine Pauschale von 15% des Eckregelsatzes gezahlt, die zur pauschalen Abgeltung ergänzender, nicht vom Regelsatz abgedeckter Bedarfe gedacht war. Dies bezog sich insbesondere auf die nach dem BSHG in der Hilfe zum Lebensunterhalt zu erbringenden einmaligen Leistungen (Rdnr. 95).
- Die angemessenen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung entsprechend § 29 SGB XII (Rdnr. 108 ff). Im Falle stationärer Unterbringung sind pauschalisierte Kosten für Unterkunft und Heizung in Höhe der durchschnittlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Einpersonenhaushaltes im örtlichen Zuständigkeitsbereich des Sozialhilfeträgers zu berücksichtigen. Die Wohngeldreform führt in der Grundsicherung - ebenso wie in der Hilfe zum Lebensunterhalt - dazu, dass der Grundsicherungsbedarf die gesamten angemessenen Unterkunfts-kosten umfasst und kein zusätzlicher Antrag mehr auf Wohngeld gestellt werden muss.
- Alle Mehrbedarfe nach § 30 SGB XII (Rdnr. 114 ff). Nach dem GSiG wurde nur der Mehrbedarf für Schwerbehinderte mit Merkzeichen G (= Gehbehinderung) gezahlt.
- Die trotz der Pauschalierung bisheriger einmaliger Leistungen verbleibenden drei einmaligen Bedarfe nach § 31 SGB XII (Rdnr. 99).
- Die Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entsprechend § 32 SGB XII (Rdnr. 119).
- Die Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen nach § 34 SGB XII, also Leistungen zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit, wie insbesondere die Übernahme von Mietschulden, und vergleichbare Notlagen (Rdnr. 121 ff).
- Als Konsequenz der Geltung des neuen Regelsatzsystems können auch Grundsicherungsbe-

rechtigte ergänzende Darlehen nach § 37 SGB XII erhalten, sofern sie im Regelsatz enthaltene Bedarfe nachweisbar nicht anders decken können (Rdnr. 96).

*142* Mit diesem erweiterten Leistungsumfang umfasst die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung einen Bedarf, der in einer häuslichen Umgebung auch von der Hilfe zum Lebensunterhalt abgedeckt wird. Eine ergänzende Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, wie es nach dem GSiG oftmals erforderlich war und zu den so genannten „Mischfällen“ führte, ist nicht mehr erforderlich. Damit werden die Sozialhilfeträger von Verwaltungsarbeit entlastet und die Leistungsberechtigten von der Notwendigkeit, zusätzliche Anträge stellen zu müssen. Keine ergänzenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt mehr beziehen zu müssen, hat für die Betroffenen zudem den Vorteil, dass auch kein Unterhaltsrückgriff wegen dieser ergänzenden Leistungen möglich ist.

*143* Eine ergänzende Inanspruchnahme von weiteren Leistungen der Sozialhilfe ist nur noch bei stationärer Unterbringung erforderlich, da die Grundsicherung nur den notwendigen Lebensunterhalt in Einrichtungen nach § 35 Abs. 1 SGB XII abdeckt (Rdnr. 124). Die Kosten in einer Einrichtung können ebenso wenig wie in der Hilfe zum Lebensunterhalt ohne zusätzliche Sozialhilfeleistungen, wie bspw. Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Rdnr. 169 ff) oder der Hilfe zur Pflege (181 ff), abgedeckt werden. Hinzu kommt bei stationärer Unterbringung dann noch ein Barbetrag zur persönlichen Verfügung aus der Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 35 Abs. 2 SGB XII (Rdnr. 127)

*144* Eine zweite Abweichung zum Leistungsumfang der Hilfe zum Lebensunterhalt liegt darin, dass bei einer vorübergehenden Notlage kein Darlehen nach § 38 SGB XII gewährt wird (Rdnr. 128). Da es sich bei der Grundsicherung angesichts der Anspruchsvoraussetzungen im Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt um eine „Dauerleistung“ handelt, ist die Überbrückung von vorübergehenden Notlagen allein Aufgabe der Hilfe zum Lebensunterhalt.

### **Besonderheiten bei Vermögenseinsatz und Unterhaltsansprüchen**

*145* Der Anspruch auf Grundsicherung bzw. die Höhe des Grundsicherungsbedarfs ist nach § 43 SGB XII vom Einkommen und Vermögen des Antragstel-

lers, sowie seines nicht getrennt lebenden Ehegatten, Lebenspartners oder Partners einer eheähnlichen Gemeinschaft abhängig. Im Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es zwar keine Bedarfsgemeinschaften in der Grundsicherung. Einkommen und Vermögen der Ehegatten, Lebenspartners oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, die mit dem Grundsicherungsberechtigten in einer gemeinsamen Wohnung leben, werden jedoch angerechnet. Die Anrechnung erfolgt soweit, bis dadurch der Grundsicherungsbedarf des Grundsicherungsberechtigten gedeckt ist. Begrenzt wird die Anrechnung dadurch, dass Ehegatten, Lebenspartnern oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft zumindest ebenfalls ein Einkommen in Höhe des Grundsicherungsbedarfs verbleiben muss. Ferner gilt in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die so genannte Vermutung der Bedarfsdeckung nach § 36 Satz 1 SGB XII nicht (Rdnr. 90). In der Grundsicherung wird also nicht wie in der Hilfe zum Lebensunterhalt unterstellt, dass in einer gemeinsamen Wohnung lebende Personen gemeinsam wirtschaften und sich gegenseitig finanziell unterstützen. Dies ist insbesondere für erwachsene Behinderte, die in der Wohnung ihrer Eltern leben, von Bedeutung.

*146* Alle zufließenden finanziellen Mittel sind als Einkommen zu berücksichtigen. Dies schließt auch tatsächlich gezahlten Unterhalt, z. B. in Form von Barunterhalt oder kostenloser Unterkunft und Verpflegung mit ein. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Zahlungen auf einer Leistungspflicht bestehen oder die Unterhalt zahlende Person als Kind bzw. Elternteil vom Rückgriff ausgenommen ist.

*147* Zentraler Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt ist, dass das Einkommen von Kindern oder Eltern der Leistungsberechtigten nicht berücksichtigt wird, von den Trägern der Sozialhilfe folglich kein Unterhaltsrückgriff möglich ist. Der Anspruch auf Grundsicherung und damit der Verzicht auf den Unterhaltsrückgriff sind allerdings davon abhängig, dass Eltern oder Kinder ein jährliches Gesamteinkommen von unter 100.000 Euro haben. Für das hierbei zu berücksichtigende Einkommen wird auf die Definition in § 16 SGB IV zurückgegriffen. Es handelt sich demnach um die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (Rdnr. 219). Bei mehreren unterhaltspflichtigen Kindern gilt die Grenze von 100.000 Euro für jedes Kind, bei nicht dauernd getrennt lebenden unterhaltspflichtigen Eltern für beide Ehepartner gemeinsam. Solange kein höheres

Jahreseinkommen von unterhaltspflichtigen Eltern oder Kindern nachgewiesen werden kann, besteht bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen Anspruch auf Grundsicherung. Fällt der Anspruch wegen dieses Nachweises weg, dann besteht Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt mit der Möglichkeit des Unterhaltsrückgriffs bei unterhaltspflichtigen Kindern oder Eltern.

148 Ein weiterer Unterschied zur Hilfe zum Lebensunterhalt besteht darin, dass in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung die so genannte Erbenhaftung nach § 102 Abs. 5 SGB XII ausgeschlossen ist, d. h. nach dem Tod eines Grundsicherungsberechtigten müssen die Erben bezogene Grundsicherungsleistungen nicht aus dem Erbe zurückerzahlen (Rdnr. 271 ff).

### **Besondere Verfahrensbestimmungen in der Grundsicherung**

149 In § 44 SGB XII wird das Antragsprinzip in der Grundsicherung aus dem GSiG übernommen. Ein Grundsicherungsbezug setzt - anders als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt - die Stellung eines entsprechenden Antrags voraus (Rdnr. 52). Die Grundsicherung wird regelmäßig für zwölf Kalendermonate bewilligt, allerdings hat der zuständige Träger einen Ermessensspielraum bezüglich Beginn und Ende des Bewilligungszeitraums. In Ausnahmefällen ist es auch möglich, die Grundsicherung auf Dauer zu bewilligen, etwa wenn keine Einkommensänderungen wahrscheinlich sind, weil kein eigenes Einkommen vorhanden ist.

150 Die Feststellung der dauerhaften vollen Erwerbsminderung erfolgt nach § 45 SGB XII auf Ersuchen des Trägers der Sozialhilfe durch einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Dessen Entscheidung ist für den Grundsicherungsträger bindend. Damit wird sichergestellt, dass die aus dem Rentenrecht übernommenen Bestimmungen hinsichtlich der arbeitsmedizinischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung für alle Grundsicherungsberechtigten - unabhängig davon, ob sie einen entsprechenden Rentenanspruch in der gesetzlichen Rentenversicherung haben oder nicht - nach gleichen Maßstäben erfolgt (Rdnr. 134). Die Voraussetzungen, wann ein solches Ersuchen an den Rentenversicherungsträger zu richten ist, werden in § 45 SGB XII im Vergleich zum GSiG präzisiert. Generell muss aus den einen Grundsicherungsantrag beigefügten Angaben und Nachweisen hervorgehen,

dass das Vorliegen einer dauerhaften vollen Erwerbsminderung wahrscheinlich ist. Daneben muss die Prüfung von Einkommen und Vermögen ergeben, dass Hilfebedürftigkeit vorliegt. Keine Einschaltung eines Trägers der Rentenversicherung ist erforderlich, wenn der Leistungsberechtigte bereits im Rahmen der Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen untersucht wurde und er nicht als werkstattfähig eingestuft wurde. Beschäftigte in einer Werkstatt gelten Kraft Gesetz als Grundsicherungsberechtigte. Die Kosten der Untersuchung werden den Trägern der Rentenversicherung vom ersuchenden Träger der Sozialhilfe erstattet (Rdnr. 155).

151 Wegen des mit der Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung verbundenen Anliegens, im Falle von Hilfebedürftigkeit den Bezug einer steuerfinanzierten Sozialleistung gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt zu erleichtern, informieren die Träger der Rentenversicherung über Leistungen der Grundsicherung. Den entsprechenden Vorschriften für die Rentenversicherung in § 109a SGB VI (siehe Kapitel 6) entspricht der Inhalt von § 46 SGB XII. So haben die Träger der Rentenversicherung Rentenberechtigte über Leistungsvoraussetzungen und Verfahren nach dem Vierten Kapitel des SGB XII zu informieren. Gleiches gilt für nicht rentenberechtigte Personen auf Antrag. Anträge auf Grundsicherung können auch bei einem Träger der Rentenversicherung abgegeben werden, sie werden dann von diesem an den zuständigen Träger der Sozialhilfe weitergeleitet. Ferner haben die Rentenversicherungsträger bei jeder neu festgestellten Rente, deren Zahlbetrag unterhalb des 27-fachen des aktuellen Rentenwerts liegt (dies sind im ersten Halbjahr 2006 rund 706 Euro), eine Information und einen Antrag auf Grundsicherung beizufügen. Diese Verpflichtung gilt nicht, wenn der Rentenzahlbetrag zusammen mit weiteren im Rentenverfahren ermittelten Einkommen einen höheren Betrag ergibt.

152 Als Konsequenz der Integration der Grundsicherung in das SGB XII ergibt sich, dass eine besondere Zuständigkeitsregelung für die Grundsicherung nicht mehr erforderlich ist. Die Zuständigkeit für die Grundsicherung ergibt sich aus § 98 SGB XII, dass - wie schon nach dem GSiG - die Kommunen als örtliche Träger zuständig sind (Rdnr. 264 f). Konkrete gesetzliche Vorgaben für die Organisation der kommunalen Verwaltung im Zusammenhang mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gibt es aber nicht. Den Kommunen steht es frei,

welche Kommunalverwaltung für die Leistungen der Grundsicherung zuständig ist.

### **Erstattung grundsicherungsbedingter Mehrkosten durch den Bund**

*153* Eine weitere Besonderheit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung liegt in deren Finanzierung. Die Grundsicherung wird zwar, wie auch die Hilfe zum Lebensunterhalt, durch die zuständigen Träger der Sozialhilfe und damit durch die Kommunen finanziert (Rdnr. 291). Der Bund erstattet allerdings nach der in § 34 Abs. 2 Wohngeldgesetz (WoGG) enthaltenen und gemeinsam mit der Grundsicherung zum 1. Januar 2003 durch das Altersvermögensgesetz eingeführten Erstattungsregelung grundsicherungsbedingte Mehrkosten.

*154* Auf Grund der Erstattungsregelung stellt der Bund – da es aus verfassungsrechtlichen Gründen keine direkten Finanzbeziehungen zwischen Bund und Kommunen gibt – den Ländern jährlich einen Festbetrag von 409 Mio. Euro im Rahmen der gemeinsamen Finanzierung des Wohngeldes durch Bund und Länder zur Verfügung. Die Verteilung des Erstattungsbetrages auf die einzelnen Kommunen als Träger der Grundsicherung fällt in die Zuständigkeit der Länder.

*155* Bei den zu erstattenden grundsicherungsbedingten Mehrkosten handelt es sich nach der abschließenden Aufzählung in § 34 Abs. 2 WoGG um folgende drei Positionen:

- Kosten, die auf die Nichteranziehung unterhaltspflichtiger Kinder und Eltern entfallen (Verzicht auf den so genannten Unterhaltsrückgriff),
- Kosten der Rentenversicherungsträger für die Prüfung des Vorliegens dauerhafter voller Erwerbsminderung und die ihnen von den Trägern der Sozialhilfe zu erstatten sind,
- Kosten, die den Trägern der Sozialhilfe entstanden, wenn zusätzlich zur Pauschale in der Grundsicherung nach GSiG in Höhe von 15% zum Regelsatz noch einmalige Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt an Grundsicherungsbezieher gezahlt wurden.

*156* Das hinter der Erstattung stehende Konzept bei Einführung von § 34 Abs. 2 WoGG war, den Bund nur die Kosten erstatten zu lassen, die auf rechtlichen Abweichungen zwischen der Grundsicherung im

Alter und bei Erwerbsminderung nach dem GSiG sowie der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG bestanden haben. Alle übrigen, nicht erstattungsfähigen Kosten würden – da sie auf gleichen Anspruchsvoraussetzungen und Leistungen beruhen – auch dann anfallen, wenn Grundsicherungsberechtigte einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt hätten.

*157* Die Höhe des Erstattungsbetrages ist nach § 34 Abs. 2 WoGG alle zwei Jahre zu überprüfen, erstmals zwei Jahre nach In-Kraft-Treten. Daraus ergab sich der 31. Dezember 2004 als erster Überprüfungsstermin, wobei dieses Datum den Stichtag für die der Überprüfung zu Grunde liegenden Daten darstellt. Ergibt die Überprüfung ein Ergebnis, dass vom geltenden Festbetrag um mindestens 10% abweicht, so ist der Betrag durch Gesetz neu festzusetzen. Die Prüfung ist, da die Sozialhilfestatistik etwa 10 bis 12 Monate nach dem Erhebungsstichtag zum 31. Dezember eines Jahres vorliegt (Rdnr. 288), noch nicht abgeschlossen.

## **Hilfen zur Gesundheit**

### **Leistungsgewährung durch die Träger der Sozialhilfe**

*158* Für alle Leistungsberechtigten, für die nicht bereits in der Hilfe zum Lebensunterhalt oder in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Beiträge für eine Weiterversicherung oder eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden (§ 32 SGB XII; vgl. Rdnr. 119), werden durch das Fünfte Kapitel des SGB XII für die medizinische Versorgung die Hilfen zur Gesundheit nach den §§ 47 bis 52 SGB XII bereitgestellt. Diese Vorschriften umfassen inhaltsgleich die bereits im BSHG enthaltenen und durch das Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 1. Januar 2004 modifizierten Leistungen:

- Nach § 47 SGB XII werden im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten medizinische Vorsorgeleistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten geleistet.
- Die klassische medizinische Hilfeleistung der Sozialhilfe ist die Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII, die alle Leistungen zur Erkennung,



Heilung und Verhütung von Krankheiten umfasst, die von den Krankenkassen nach dem SGB V als Krankenbehandlung für ihre Mitglieder erbracht werden (vgl. Kapitel 5). Dies sind vor allem ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie Krankenhausbehandlung nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel.

- Die Hilfe zur Familienplanung nach § 49 SGB XII hat zur Aufgabe, Leistungen zur Familienplanung zur Verfügung zu stellen, also ärztliche Beratung und empfängnisverhütende Mittel, sowie die Kosten, wenn diese ärztlich verordnet werden.
- Die Hilfen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in § 50 SGB XII umfassen ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Pflege in einer stationären Einrichtung und häusliche Pflegeleistungen.
- Durch die Hilfe bei Sterilisation nach § 51 SGB XII wird bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation Hilfe geleistet, wenn der Eingriff von einem Arzt vorgenommen wird.

159 Der Inhalt dieser Vorschriften soll jedoch nur den Umfang der Hilfen zur Gesundheit umschreiben. Durch § 52 SGB XII wird bestimmt, dass der konkrete Leistungsumfang den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Unterschiede in den medizinischen Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Leistungsberechtigte der Sozialhilfe gibt es damit nicht mehr. Folglich räumt auch das Fünfte Kapitel des SGB XII die freie Wahl von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern nach den Vorschriften des SGB V ein. Auch das Verhältnis von Leistungserbringern und Trägern der Sozialhilfe entspricht den im SGB V enthaltenen Regelungen. Ferner richtet sich die Höhe der Vergütungen für Leistungserbringer nach den Vorschriften des SGB V.

### **Leistungsgewährung durch die Krankenkassen gegen Kostenerstattung**

160 Wichtiger ist jedoch, dass die Hilfen zur Gesundheit ihre ursprüngliche Bedeutung innerhalb der Sozialhilfe seit Jahresanfang 2004 weitgehend verloren haben, da sie in der Regel nur noch in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen. Durch das GMG

sind nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V (Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung) seit 1. Januar 2004 grundsätzlich alle nicht krankenversicherten Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt und von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleich gestellt, sofern sie die Leistung voraussichtlich mindestens einen Monat lang beziehen. Sie werden dadurch jedoch nicht zu gesetzlich Versicherten, haben aber abgesehen von der Beitragszahlung alle Rechte und Pflichten von Versicherten (vgl. Kapitel 5).

Die Träger der Sozialhilfe bezahlen nach § 264 SGB V keine Beiträge, sondern erstatten den Krankenkassen die von diesen für den genannten Personenkreis in Rechnung gestellten Kosten für medizinische Behandlungen, Medikamente und so weiter. Die Leistungsberechtigten nach dem SGB XII erhalten wie die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versichertenkarte und können ebenso wie Versicherte Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser frei wählen.

161 Die leistungsrechtliche Gleichstellung bedeutet zugleich, dass Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ebenso wie die gesetzlich Krankenversicherten die Praxisgebühr zu zahlen haben und auch Zuzahlungen für Medikamente und stationäre Maßnahmen zu leisten haben, denn seit In-Kraft-Treten des GMG (1. Januar 2004) gibt es hiervon keine Ausnahmen mehr. Für die innerhalb eines Jahres zu leistenden Zuzahlungen gilt allerdings eine Belastungsobergrenze. Nach § 62 SGB V müssen Zuzahlungen nur bis zur Höhe von 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – bei chronisch Kranken in Höhe von 1% – geleistet werden. Um eine finanzielle Überforderung von Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu vermeiden, wird bei der Ermittlung der Belastungsgrenze der Regelsatz des Haushaltsvorstands (Eckregelsatz) zugrunde gelegt und zwar gemeinsam für alle Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft. Die Aufwendungen für Zuzahlungen und nicht im Leistungsumfang der Hilfen zur Gesundheit bzw. dem Leistungsumfang nach dem SGB V abgedeckte Gesundheitsleistungen sind in dem vom Regelsatz abgedeckten notwendigen Lebensunterhalt mit umfasst.



162 Für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII in Einrichtungen, die einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung („Taschengeld“) erhalten, gilt eine Darlehensregelung zur Vorfinanzierung der in einem Kalenderjahr anfallenden maximalen Zuzahlungen (Rdnr. 127).

## Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

163 Das Sechste Kapitel des SGB XII übernimmt mit den Vorschriften zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in den §§ 53 bis 60 SGB XII im Wesentlichen inhaltsgleich die entsprechenden Vorschriften des BSHG. Die BSHG-Vorschriften wiederum waren mit Einführung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (vgl. Kapitel 9) – entsprechend dem Ansatz, die von den verschiedenen Sozialleistungsträgern erbrachten Leistungen für behinderte Menschen zu vereinheitlichen, überarbeitet worden.

164 Eine wichtige Konsequenz der Einführung des SGB IX liegt darin, dass die Sozialhilfe zum gleichberechtigten Rehabilitationsträger geworden ist. Ungeachtet dieser Vereinheitlichung und wechselseitigen Abstimmungen der einzelnen Leistungsgesetze, die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vorsehen, bleibt die Eingliederungshilfe eine eigenständige Leistung der Sozialhilfe.

### Leistungsberechtigte und Aufgaben

165 Die Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII knüpft an der umfassenden Definition von Behinderung in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an. 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. Sie erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit anderen körperlichen, geistigen oder seelischen und möglicherweise weniger schweren Behinderungen können ebenfalls Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Den behinderten Menschen stehen von

einer Behinderung bedrohte Menschen gleich. Von einer Behinderung bedroht ist, wenn nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit der Eintritt der Behinderung zu erwarten ist. Für Personen, die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit (Rdnr. 158) beziehen, gilt dies nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

166 Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist die Verhütung einer drohenden Behinderung sowie die Beseitigung oder Milderung der Folgen einer bestehenden Behinderung. Darüber hinaus ist behinderten Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen oder zu erleichtern. Zur Eingliederung in die Gesellschaft gehört auch, dem behinderten Menschen die Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Damit hat die Eingliederungshilfe nicht nur den Zweck, die Erwerbs- oder Berufsfähigkeit eines behinderten Menschen herzustellen, sie geht damit zum Teil über den Leistungsrahmen der anderen Rehabilitationsträger nach dem SGB IX hinaus.

167 Wegen der sich aus diesen Aufgaben ergebenden Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Lebenssituation behinderter Menschen einerseits und den oftmals hohen Kosten, die mit Leistungen der Eingliederungshilfe verbunden sind, wird hier erheblich vom Nachrangprinzip der Sozialhilfe abgewichen. Für die Heranziehung von Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten und ihrer Unterhaltspflichtigen wie insbesondere Eltern, Ehegatten oder Lebenspartner gelten deshalb Ausnahmeregelungen, damit erforderliche Leistungen nicht aus finanziellen Gründen unterbleiben (Rdnr. 227 ff, 247 ff)

168 Zum Verhältnis Rehabilitationsrecht (nach SGB IX) und Eingliederungshilfe (nach SGB XII) gilt Folgendes: Für die Leistungen der Eingliederungshilfe gelten die Regelungen des SGB IX, soweit sich nichts Abweichendes aus dem SGB XII ergibt. Für die Zuständigkeit und die Leistungsvoraussetzungen gelten in jedem Fall die Bestimmungen des SGB XII.

### Leistungen der Eingliederungshilfe

169 Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind in § 54 SGB XII zusammengefasst. Dies sind neben Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt (§ 33 SGB IX), Leistungen im Arbeitsbereich einer

anerkannten Werkstätte für behinderte Menschen (§ 41 SGB IX) und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) insbesondere folgende Hilfen:

- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu;
- Hilfe zur schulischen Ausbildung in einem angemessenen Beruf einschließlich des Hochschulbesuchs;
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit;
- Hilfe in vergleichbaren sonstigen – d. h. anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen vergleichbare – Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB XII;
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

*170* Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit.

*171* Behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, können ebenso wie ihre Angehörige Beihilfen zum gegenseitigen Besuch erhalten, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist.

*172* Für die Durchführung der einzelnen Leistungen ist vom Träger der Sozialhilfe nach § 58 SGB XII so frühzeitig wie möglich ein Gesamtplan aufzustellen. Dabei hat der Sozialhilfeträger mit dem behinderten Menschen und den weiteren im Einzelfall Beteiligten, also vor allem Ärzten, Gesundheitsamt, Jugendamt und sonstigen Dienststellen, zusammenzuwirken.

*173* Weitergehende Konkretisierungen sind in der Eingliederungshilfe-Verordnung (Verordnung nach § 60 des SGB XII) enthalten.

### **Besondere Regelungen für behinderte Menschen in Einrichtungen**

*174* Für behinderte Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe in einer vollstationären Einrich-

tung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne der Pflegeversicherung (§ 43a SGB XI) erhalten, gilt nach § 55 SGB XII eine Sonderregelung: Hier umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung. Dies gilt solange, wie die Pflege in der Einrichtung sichergestellt werden kann. Bei Einrichtungen nach § 43a SGB XI stehen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks. Die Pflegekasse übernimmt zur Abgeltung der Aufwendungen 10% des zwischen Einrichtungsträgers und Träger der Sozialhilfe vereinbarten Heimentgelts, je Kalendermonat aber höchstens 256 Euro.

### **Trägerübergreifendes Persönliches Budget**

*175* Beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 57 SGB XII handelt es sich um eine Neuerung im Leistungsrecht für behinderte Menschen, also nicht nur im Sozialhilferecht. Deshalb ist die zentrale Norm für alle Rehabilitationsträger in dem durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch neu gefassten § 17 SGB IX enthalten (vgl. Kapitel 9). Danach können auch Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe der Sozialhilfe auf Antrag Leistungen der Eingliederungshilfe als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erhalten. Darin können bspw. Leistungen der Eingliederungshilfe, der Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst werden.

*176* Mit der Einführung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets wird der mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel, kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen stärker als bisher dabei zu unterstützen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, weitergeführt. Mit dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget können behinderte Menschen die von ihnen benötigten Leistungen nach ihren Wünschen organisieren und damit über ihre Lebensumstände selbst entscheiden. Dies bedeutet, dass sie an Stelle der in der sozialen Sicherung üblichen Sachleistungen die von ihnen benötigten Leistungen selbst „einkaufen“ und bezahlen. Hinzu kommt, dass mit dem Persönlichen Budget eine kostenintensive stationäre Unterbringung vermieden werden kann. Es stellt deshalb auch ein Instrument dar, dem seit Jahren feststellbaren erheblichen Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe entgegenzuwirken.

177 Die Einzelheiten, insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, ist in der Budgetverordnung (Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des SGB IX vom 27. Mai 2004) enthalten.

178 Da mit dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget „Neuland“ betreten wird und sich sowohl die vorhandenen Versorgungsstrukturen als auch das Angebot an ambulanten Leistungen auf die beabsichtigte stärkere ambulante Versorgung anpassen müssen, wird der Rechtsanspruch auf ein solches Budget nicht bereits mit In-Kraft-Treten des SGB XII eingeführt, sondern erst ab 1. Januar 2008. Bis dahin wird das Persönliche Budget in acht Modellregionen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit, Einzelheiten vor dem In-Kraft-Treten überprüfen zu können.

### **Aufgaben des Gesundheitsamts**

179 Eine zentrale Funktion in der Eingliederungshilfe haben die Gesundheitsämter bzw. die nach Landesrecht diese Funktion ausübende Stellen. Hierzu zählt nach § 59 SGB XII insbesondere die Beratung behinderter Menschen oder der Personensorgeberechtigten. Ferner hat das Gesundheitsamt mit Zustimmung des behinderten Menschen oder des Personensorgeberechtigten mit der gemeinsamen Servicestelle (Rdnr. 180) den Rehabilitationsbedarf abzuklären und notwendige Vorbereitungen abzustimmen.

### **Gemeinsame Servicestellen**

180 Von besonderer Bedeutung sind im Rahmen der Eingliederungshilfe die im SGB IX verpflichtend geregelten gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Die Aufgabe der bundesweit etwa 570 Servicestellen ist es, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen sowie ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten einen einfachen, frühen und unbürokratischen Zugang zu einer trägerübergreifenden und anbieterneutralen Beratung und Unterstützung anzubieten. Dabei geht es insbesondere um die Klärung des Rehabilitationsbedarfs, die Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger und die Antragsstellung.

## **Hilfe zur Pflege**

181 Die Vorschriften über die Hilfe zur Pflege bilden mit den §§ 61 bis 66 SGB XII das Siebte Kapitel. Der

Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist wegen der erforderlichen Pflegeleistungen mit hohen Kosten verbunden, vor allem dann, wenn die Pflege in einer stationären Einrichtung erfolgt. Vor Einführung der sozialen Pflegeversicherung führte Pflegebedürftigkeit wegen der hohen Pflegekosten meist zu Sozialhilfebedürftigkeit. Sozialhilfe war deshalb die „Regelsicherung“ bei Pflegebedürftigkeit. Dies änderte sich erst seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung durch das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26. Mai 1994. Rechtsgrundlage der Pflegeversicherung ist das SGB XI. Seit der Einbeziehung auch stationär untergebrachter Pflegebedürftiger mit In-Kraft-Treten die 2. Stufe der Pflegeversicherung am 1. Juli 1996 kam es zu einer deutlichen Entlastung der Sozialhilfe (vgl. Kapitel 11).

182 Seit der Einführung der Pflegeversicherung sind die Leistungen der Pflegeversicherung im BSHG an das SGB XI angeglichen, an diesem Grundsatz ändert sich auch im SGB XII nichts. Ferner können für Leistungsberechtigte in der Hilfe zum Lebensunterhalt und in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung unter den für Krankenversicherungsbeiträgen geltenden Bedingungen auch Pflegeversicherungsbeiträgen übernommen werden (§ 32 SGB XII, vgl. Rdnr. 119, 141).

### **Leistungsberechtigte und Leistungen**

183 Pflegebedürftig und damit leistungsberechtigt sind nach § 61 SGB XII Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Ferner sind Kranke und behinderte Menschen leistungsberechtigt, auch wenn sie die Pflege für weniger als sechs Monate und einem geringeren Umfang benötigen, hier aber in der Regel nicht bei Aufenthalt in einer stationären oder teilstationären Einrichtung.

184 Zur Pflegebedürftigkeit und damit auch zur Leistungsberechtigung in der Hilfe zum Pflege führende Krankheiten und Behinderungen werden in § 61 SGB XII ebenso zusammenfassend beschrieben wie der daraus entstehende Pflegebedarf. Zur Deckung des Pflegebedarfs beinhaltet die Hilfe zur Pflege folgende Leistungen: Häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege.

Der Inhalt dieser Leistungen entspricht denjenigen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Ebenso sind die Verordnungen nach § 16 SGB XI und nach § 30 SGB XI, die Richtlinien nach § 17 SGB XI, die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen sowie die Vereinbarungen über Qualitätssicherung auch für die Hilfe zur Pflege verbindlich (vgl. Kapitel 11). Die Anlehnung der Sozialhilfe an die Pflegeversicherung zeigt sich auch darin, dass nach § 62 SGB XII die Entscheidungen der Pflegekassen über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI auch für die Hilfe zur Pflege bindend sind.

185 Die wesentliche Neuerung gegenüber dem BSHG liegt darin, dass die Hilfe zur Pflege auf Antrag auch als Teil des neuen Instruments eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets nach dem SGB IX erbracht werden kann (Rdnr. 175 ff).

### Häusliche Pflege

186 Bei häuslicher Pflege – und dies setzt nicht voraus, dass die Pflege im eigenen Haushalt erfolgt, der Pflegebedürftige kann auch in einem anderen Haushalt aufgenommen und dort gepflegt werden – hat der Träger der Sozialhilfe nach § 63 SGB XII darauf hinzuwirken, dass die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch nahestehende Personen oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe und nicht durch professionelle Pflegekräfte übernommen wird.

187 Bei häuslicher Pflege können Pflegebedürftige sich nach § 64 SGB XII für ein Pflegegeld entscheiden, wenn sie die erforderlichen Pflegeleistungen selbst beschaffen und organisieren. Durch das Pflegegeld werden sie in die Lage versetzt, den sie pflegenden Personen (Pflegepersonen), oftmals Angehörige, eine materielle Anerkennung für Einsatz und Opferbereitschaft zukommen zu lassen. Für die Höhe des Pflegegeldes wird auf das Recht der Pflegeversicherung (§ 37 Abs. 1 SGB IX) verwiesen, womit die Hilfe zur Pflege entsprechend der drei Pflegestufen der Pflegeversicherung das gleiche Pflegegeld wie die Pflegeversicherung zahlt: In der niedrigsten Stufe (entspricht Pflegestufe I nach SGB XI) monatlich 205 Euro, in der mittleren Stufe (entspricht Pflegestufe II) 410 Euro und in der höchsten Stufe (entspricht Pflegestufe III) 665 Euro.

188 Darüber hinaus werden im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach § 65 Abs. 1 SGB XII auch angemessene Aufwendungen der Pflegeperson erstattet, auch kön-

nen angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson übernommen werden, sofern diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Erhält die pflegebedürftige Person Pflegegeld, dann sind die Aufwendungen für Beiträge einer Pflegeperson für eine anderweitig nicht sichergestellte angemessene Altersversorgung nach § 65 Abs. 2 SGB XII zu erstatten.

### Verhältnis der Hilfe zur Pflege zu anderen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

189 Unter der Überschrift „Leistungskonkurrenz“ enthält § 66 SGB XII Vorschriften zur Abgrenzung der Leistungsberechtigung nach dem SGB XII gegenüber gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften. Danach werden Pflegegeld und damit verbundene Erstattung von Aufwendungen von Pflegepersonen einschließlich Aufwendungen für eine angemessene Alterssicherung nicht erbracht, wenn gleichartige Leistungen nach anderen Gesetzen zu leisten sind; dies gilt insbesondere für Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Leistungen der Blindenhilfe (Rdnr. 201 ff) und gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsgrundlagen sind auf das Pflegegeld zu 70% anzurechnen. Ebenso kann das Pflegegeld um bis zu zwei Dritteln gekürzt werden, wenn daneben der pflegebedürftigen Person angemessene Aufwendungen für Pflegepersonen nach § 65 Abs. 1 SGB XII oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsgrundlagen erstattet werden. Ferner kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden bei einer teilstationäre Betreuung oder einer vergleichbaren, nicht nach dem SGB XII durchgeführten Maßnahme.

190 Die Leistungen für Pflegepersonen nach § 65 Abs. 1 SGB XII werden insoweit nicht erbracht, als es Pflegebedürftigen möglich ist, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. Allerdings können pflegebedürftige, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem SGB XI verwiesen werden. In diesen Fällen ist jedoch von der Pflegeversicherung geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 SGB XII anzurechnen.

191 Trotz dieser Vorschriften zur „Leistungskonkurrenz“ und der weitgehenden Identität von Leistungsvoraussetzungen und Leistungen zwischen der Hilfe zur Pflege einerseits und der Pflegeversicherung

andererseits hat die Sozialhilfe auch in Zukunft einen nicht unerheblichen Teil zu der bei Pflegebedürftigen notwendigen Versorgung durch die Hilfe zur Pflege beizutragen. Dies hat folgende Gründe:

- Hilfe zur Pflege in vollem Umfang ist zu leisten an Personen, die nicht Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen versichert sind.
- Gleiches gilt für Pflegebedürftige, deren Grad der Pflegebedürftigkeit unterhalb der Stufe I liegt, weshalb die Pflegeversicherung trotz notwendigem Pflegeaufwand keine Leistungen erbringt.
- Häufiger sind jedoch die Fälle, in denen ergänzende Hilfe zur Pflege zu leisten ist, weil die anerkannten Pflegesätze in Einrichtungen durch die in ihrer Höhe begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckt sind und die Pflegebedürftigen die überschießenden Kosten nicht selbst decken können. Gleiches gilt, wenn über die ambulanten Leistungen des SGB XI hinaus ein Bedarf an ambulanter Hilfe zur Pflege besteht und dieser nicht aus eigenen Mitteln finanziert werden kann.
- Ein weiterer Grund für ergänzende Hilfe zur Pflege liegt darin, dass die Pflegeversicherung die so genannten „Hotel“-Kosten, also die Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht abdeckt, sondern ausschließlich die Vergütung für die Pflegeleistung trägt.
- Bei Personen, die Hilfe zur Pflege vor In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung erhalten haben, sind bis auf weiteres ergänzende Leistungen der Hilfe zu Pflege zu erbringen, wenn sie nach dem Recht der Pflegeversicherung weniger Leistung als vorher erhalten und die in ihrer Person liegenden Voraussetzungen sich nicht geändert haben (in den Übergangs- und Schlussbestimmten des Sechzehnten Kapitels in § 130 SGB XII geregelt).

## Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten

192 Das Achte Kapitel des SGB XII enthält in den §§ 67 bis 69 Hilfeleistungen für Personen, deren besonderen Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Allerdings enthalten die Vorschriften nur allgemeine Grundsätze. Anspruchs-

voraussetzungen und Hilfeleistungen werden angesichts der Vielzahl an Ausprägungen sozialer Schwierigkeiten und deren Ursachen nur umschrieben. Eine weitergehende Konkretisierung, die aber zu keinen abschließenden Festlegungen führt, enthält die Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten.

193 Mit sozialen Schwierigkeiten sind Lebensumstände gemeint, die durch ausgrenzendes Verhalten der hilfebedürftigen Person oder von Dritten geprägt sind, mit der Folge, dass ein Leben in der Gemeinschaft nicht nur vorübergehend in erheblichem Maße eingeschränkt ist. Diese Situation wiederum muss mit besonderen Lebensverhältnissen einhergehen, die derart mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, dass die Überwindung dieser Lebensverhältnisse auch die Überwindung der sozialen Schwierigkeiten erfordert und davon Betroffene dies nicht aus eigenen Kräften bewerkstelligen können. Solche besonderen Lebensverhältnisse müssen erheblich von allgemein üblichen Ausprägungen abweichen und zeigen sich bspw. bei Wohnungslosigkeit bzw. einer nicht ausreichenden Wohnung, einer ungesicherten wirtschaftlichen Lebensgrundlage oder von Gewalterfahrung oder Gewaltbedrohung gewaltgeprägten Lebensumständen. Hinzu kommen Lebensumstände nach der Entlassung aus einer geschlossenen Anstalt, bspw. einer Haftanstalt. Die Ursachen der besonderen Lebensverhältnisse müssen nicht ausschließlich in nachteiligen äußeren Umständen liegen, sie können auch in der Persönlichkeit des Leistungsberechtigten liegen.

194 Die Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten unterliegen einem „doppelten“ Nachrangprinzip. Neben dem allgemeinen Nachrang der Sozialhilfe unterliegen die Leistungen auch einem Nachrang gegenüber allen übrigen Leistungen der Sozialhilfe (interner Nachrang). Dies bedeutet, dass die Leistungen des Achten Kapitels nicht Leistungen der übrigen Kapitel ersetzen, sondern diese ergänzen. Die Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die notwendig sind, die sozialen Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Entsprechend dem Ziel der Sozialhilfe, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, sollen Leistungsberechtigte in die Lage versetzt werden, möglichst uneingeschränkt und aus eigener Kraft am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.

Folglich liegt der Schwerpunkt der Leistungen nach dem Achten Kapitel auf Beratung und Unterstützung,



den so genannten persönlichen Hilfen. Ziel ist es dabei, Hilfebedürftige in die Lage zu versetzen, andere Hilfeleistungen mit Erfolg in Anspruch zu nehmen. Deshalb zählen so grundlegende Hilfen wie Unterstützung bei Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und zur Gestaltung des Alltags – dazu gehört auch die aktive Gestaltung, Strukturierung und Bewältigung des Alltags oder eine wirtschaftliche und gesundheitsbewusste Lebensweise – zu den möglichen Leistungen. Dies zeigt, dass nach dem Achten Kapitel keine Dauerleistungen gewährt werden sollen.

Nur wenn im Einzelfall keine Leistungen der übrigen Kapitel in Frage kommt, können ergänzende Leistungen gewährt werden. Dies schließt die Möglichkeit, nachgehende Hilfen zu gewähren mit ein, wenn dadurch der dauerhafte Erfolg der Hilfeleistungen gesichert werden kann.

195 Der „interne“ Nachrang der Leistungen nach dem Achten Kapitel bedeutet konkret, dass die vorgesehenen Hilfen zur Ausbildung, zur Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes sowie Maßnahmen zur Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung zwar grundsätzlich in Form von Dienst-, Geld- und Sachleistungen erbracht werden können. Dienstleistungen in Form Beratung und persönliche Hilfen stehen allerdings im Vordergrund. So ist es bspw. nicht Aufgabe der Leistungen, die Kosten für die Anmietung einer Wohnung oder die Miete zu übernehmen. Dies ist Aufgabe der Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel (§§ 27 ff SGB XII, vgl. Rdnr. 92, 108 ff). Aufgabe der Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten ist es, die Ursachen für soziale Schwierigkeiten dem Betroffenen zu verdeutlichen und mit ihm bspw. die Voraussetzungen für Erlangung und Erhaltung einer Wohnung zu schaffen. In Ausnahmefällen ist dabei auch die Vermittlung einer Wohnung möglich. Ähnlich verhält es sich bei den Hilfen zur Erlangung oder Sicherung eines Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, die allerdings wegen des Vorrangs des SGB II seit 2005 nur mehr geringe Bedeutung haben. Auch hier steht nicht die konkrete Vermittlung im Mittelpunkt, sondern Maßnahmen, durch die Leistungsberechtigte befähigt werden, sich selbst zu helfen, bspw. durch Bewerbungstraining oder die Möglichkeit zur Nachholung von Schulabschlüssen. Daneben ist allerdings die Vermittlung an kompetente Stellen, im Falle Erwerbstätigkeit oder Ausbildung vor allem an die Agenturen für Arbeit, wichtiges Element der Hilfen.

196 Die Leistungen werden im Regelfall ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen erbracht. Dies gilt generell, wenn es sich um Dienstleistungen handelt, da es sich hierbei in erster Linie um die von den Sozialhilfeträgern geleistete Beratung und persönliche Hilfen handelt. Auch bei allen übrigen Leistungen sind Einkommen und Vermögen nicht zu berücksichtigen und von der Inanspruchnahme von Angehörigen abzusehen, soweit dies den Erfolg der Hilfe gefährden würde, bspw. weil eine leistungsberechtigte Person im Falle der finanziellen Heranziehung von Eltern oder Kinder die Hilfsangebote nicht in Anspruch nehmen würde. Die Nichteranziehung gilt allerdings nicht für im Zusammenhang mit Leistungen nach dem Achten Kapitel erbrachte Leistungen nach den übrigen Kapiteln.

### Hilfe in anderen Lebenslagen

197 Mit der Hilfe in anderen Lebenslagen nach dem Neunten Kapitel (§§ 70 bis 74 SGB XII) werden Hilfeleistungen mit punktuell weiter entwickeltem Inhalt zusammengefasst, die im BSHG an verschiedenen Stellen geregelt waren.

### Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

198 Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII ist für den Notfall vorgesehen, dass der gesamte Haushalt, z. B. bei Erkrankung einer alleinerziehenden Person, von keinem Haushaltsangehörigen weitergeführt werden kann, die Weiterführung aber erforderlich ist. Voraussetzung ist ferner, dass sich der Bedarf nicht auf einzelne Verrichtungen im Haushalt beschränkt; entsprechende Leistungen sind dann im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 27 SGB XII, vgl. Rdnr. 92) zu leisten. In diesem Fall besteht kein Anspruch nach § 70 SGB XII.

Die Leistung soll in der Regel nur vorübergehend gewährt werden, auf Dauer jedoch dann, wenn dadurch die Unterbringung in einer Einrichtung vermieden oder aufgeschoben werden kann. In der Leistung mit umfasst ist die persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen und die zur Weiterführung des Haushalts erforderlichen Tätigkeiten. Unter Umständen können die für eine vorübergehende anderweitige Unterbringung von Haushaltsangehörigen angemessenen Kosten vom Sozialhilfeträger gezahlt werden, wenn dies neben oder statt der Weiterführung des Haushalts geboten ist.



**Altenhilfe**

199 Mit der Altenhilfe nach § 71 SGB XII sollen alte Menschen eine spezielle und an ihren speziellen Lebensverhältnissen orientierte Hilfeleistung erhalten, die in dieser angepassten Form von den Leistungen der übrigen Kapitel des SGB XII – und auch von anderen Sozialleistungen – nicht umfasst ist. Vorrangig geht es bei den Leistungen um zusätzliche Beratungsangebote und persönliche Hilfen.

Die Altenhilfe soll – ohne dass dabei eine konkrete Altersgrenze genannt wird – dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden und zu mildern sowie älteren Menschen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. In der nicht abschließenden Aufzählung der Leistungen in der Altenhilfe werden deshalb Leistungen zu Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement genannt sowie Leistungen bzw. Unterstützung bei der Beschaffung und Erhaltung einer altengerechten Wohnung, was insbesondere auf die Vermeidung einer Heimunterbringung abzielt. Hinzu kommen Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Aufnahme in ein Altenheim sowie in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste. Leistungen können ferner für den Besuch von geselligen, unterhaltenden, kulturellen oder bildenden Veranstaltungen sowie für die Erhaltung der Verbindung mit nahe stehenden Menschen erbracht werden.

200 Infolge der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung wird die Betreuung älterer Menschen immer wichtiger. Soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist, soll die Hilfe ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen und Vermögen gewährt werden.

**Blindenhilfe**

201 Blinde Menschen erhalten zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen nach § 72 SGB XII Blindenhilfe. Gleichgestellt sind Menschen mit einer hochgradigen Sehschwäche (beidäugige Gesamtsehschärfe nicht mehr als ein Fünfzigstel oder gleichzuachtende und nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens).

202 Blindenhilfe wird jedoch nur gezahlt, soweit keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gezahlt werden, wie bspw. das Blindengeld nach Landesblindengesetzen. Ebenfalls anzurechnen sind Leistungen der sozialen Pflege-

versicherung sowie vergleichbare Leistungen der privaten Pflegeversicherung und der Beamtenversorgung. Die Anrechnung wird durch das SGB XII erstmals bundeseinheitlich geregelt. Bei häuslicher Pflege in der Pflegestufe I sind 70% des Pflegegeldes anzurechnen. Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III sind es 50% des Pflegegeldes nach Pflegestufe II. Allerdings darf dabei höchstens ein Betrag in Höhe von 50% der Blindenhilfe (siehe unten) angerechnet werden.

203 Die Höhe der Blindenhilfe beläuft sich im Jahr 2005 für blinde Menschen nach Vollendung des 18. Lebensjahres auf die Höhe von monatlich 585 Euro und für blinde Menschen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auf 293 Euro. Diese Beträge verändern sich zum 1. Juli eines Jahres entsprechend der Veränderung des aktuellen Rentenwerts in der gesetzlichen Rentenversicherung.

204 Lebt ein blinder Mensch als Selbstzahler in einer stationären Einrichtung, wird die Blindenhilfe in voller Höhe gezahlt. Werden die Kosten der stationären Unterbringung jedoch ganz oder teilweise von öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern aufgebracht, so verringert sich die Blindenhilfe um diese Kosten, höchstens jedoch um 50%. Spezielle Regelungen gelten für Tage, in denen ein blinder Mensch nicht in der Einrichtung anwesend ist.

205 Neben Blindenhilfe wird Hilfe zur Pflege (Rdnr. 181 ff) außerhalb von stationären Einrichtungen sowie ein Barbetrag bei stationärer Unterbringung (Rdnr. 125) nicht gezahlt. Anspruch auf einen Mehrbedarf für unter 65-jährige und voll erwerbsgeminderte Personen (Rdnr. 115) besteht neben Anspruch auf Blindengeld nur dann, wenn die volle Erwerbsminderung nicht allein durch die Blindheit verursacht ist. Werden der Hilfe zur Pflege, dem Barbetrag und dem Mehrbedarf gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften geleistet, gelten diese Einschränkungen in gleichem Umfang.

**Hilfe in sonstigen Lebenslagen und Bestattungskosten**

206 Nach § 73 SGB XII können die Träger der Sozialhilfe Leistungen in sonstigen Lebenslagen erbringen, wenn hierfür der Einsatz öffentlicher Mittel als gerechtfertigt erscheint. Dabei können Geldleistungen als Darlehen oder als Beihilfe gewährt werden. Diese Vorschrift stellt eine Erweiterung des Leistungskatalogs der Sozialhilfe in § 8

SGB XII (Rdnr. 36) dar, um den Trägern der Sozialhilfe Hilfeleistungen auch in Lebenssituationen zu ermöglichen, die sich nicht im Voraus als Erschweris für ein menschenwürdiges Leben und damit als Leistungsgrund für Sozialhilfeleistungen definieren lassen oder einer abschließenden gesetzlichen Definition entziehen.

207 Ferner übernimmt die Sozialhilfe nach § 74 SGB XII die angemessenen Kosten einer Bestattung, wenn diese aus dem Nachlass oder aus Anlass des Todes auszahlenden Versicherungsleistungen (wie z. B. eine Sterbegeldversicherung) nicht bezahlt werden können. Es werden die erforderlichen Kosten für ein einfaches, aber der Würde des Verstorbenen entsprechendes Begräbnis übernommen, wobei typische Gebräuche, insbesondere der Religionsgemeinschaft, der der Verstorbene angehört hat, zu berücksichtigten sind. Dies gilt allerdings nur soweit, wie dadurch keine unververtretbaren Mehrkosten entstehen. Bei der Festlegung der Erforderlichkeit sind die Vorgaben der Bestattungsgesetze der Länder zu beachten.

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die hierzu Verpflichteten, also Angehörige bzw. Erben, die Kostentragung nicht zugemutet werden kann. Für die Zumutbarkeit gelten die Einkommens- und Vermögensgrenzen des Elftem Kapitels (Rdnr. 218 ff und 237 ff). Der Sozialhilfeträger hat im Falle der Kostenübernahme Anspruch auf Kostenersatz durch Erben nach den §§ 102 bis 104 SGB XII (Rdnr. 271 ff). Für Personen oder Institutionen, die die Bestattungskosten ausschließlich aus sittlichen oder moralischen Grundsätzen übernommen haben, besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Sozialamt bis zur Höhe der ansonsten von der Sozialhilfe zu tragenden Kosten.

## Einrichtungen

208 Das Zehnte Kapitel des SGB XII fasst mit den §§ 75 bis 81 SGB XII die Vorschriften über die rechtlichen und finanziellen Beziehungen zwischen Trägern der Sozialhilfe und Einrichtungsträgern zusammen. Zu den Einrichtungen zählen auch Dienste, also Dienstleistungen. Die Verordnungsermächtigung des BSHG für das zuständige Bundesministerium zur Regelung von Einzelheiten wird durch § 81 SGB XII in eine Verordnungsermächtigung für die Landesregierungen umgewandelt.

## Einrichtungen und Dienste

209 Stationäre und teilstationäre Einrichtungen im Sinne von § 13 SGB XII (Rdnr. 46) sollen von den Trägern der Sozialhilfe nach § 75 SGB XII nicht neu geschaffen werden, wenn geeignete Einrichtungen anderer Träger vorhanden sind bzw. von diesen ausgebaut oder geschaffen werden können. Diese Vorgabe macht es erforderlich, dass die Träger der Sozialhilfe vertragliche Vereinbarungen mit den Einrichtungsträgern schließen. Kriterien für den Vertragsabschluss sind:

- Die Einrichtung muss geeignet sein, wobei sich dieses Kriterium vor allem auf ihre Leistungsfähigkeit bezieht und berücksichtigt, dass sie auch unter Beachtung des Grundsatzes der Sozialhilfe nach den Besonderheiten des Einzelfalles (§ 9 Abs. 1 SGB XII, vgl. Rdnr. 37) die Leistung erbringen kann.
- Sind mehrere geeignete Einrichtungen vorhanden, so ist die Vereinbarung vorrangig mit Trägern abzuschließen, deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und Qualität nicht höher ist als die der anderen Träger.

Den Trägern der Sozialhilfe wird ein uneingeschränktes Prüfungsrecht hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistung eingeräumt.

210 Andererseits ist der Träger der Sozialhilfe nur zur Übernahme der Vergütung für in einer Einrichtung erbrachte Leistungen verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wurde, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entspricht. Ansonsten darf der Träger der Sozialhilfe die Leistung in einer Einrichtung nur erbringen, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles geboten ist. Vergütungen dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, wie sie bei für vergleichbare Leistungen abgeschlossenen Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen entstehen würden. Für Pflegeeinrichtungen gelten besondere Regelungen, die sich nach den Vorschriften des SGB XI richten.

## Inhalt, Abschluss und außerordentliche Kündigung von Vereinbarungen

211 Zweck der Vereinbarung zwischen dem Träger der Sozialhilfe und dem Träger der Einrichtung ist nach § 76 SGB XII, die wesentlichen Leistungs-

merkmale festzulegen. Dazu zählt insbesondere die Verpflichtung der Einrichtung, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebots Leistungsberechtigte aufzunehmen und zu betreuen.

212 Die zu vereinbarenden Vergütungen bestehen zumindest aus folgenden Bestandteilen:

- der Grundpauschale für Unterkunft und Verpflegung,
- der Maßnahmenpauschale für Maßnahmen, die nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert wird, sowie
- dem Investitionsbetrag, der betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung umfasst; Förderungen aus öffentlichen Mitteln sind anzurechnen.

213 Die Vereinbarungen sind für einen zukünftigen Vereinbarungszeitraum abzuschließen, nachträgliche Ausgleiche sind nicht zulässig (§ 77 SGB XII). Allerdings sind die Vergütungen bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Vereinbarung zugrunde liegenden Annahmen auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Vereinbarungszeitraum neu zu verhandeln. Können sich Träger der Sozialhilfe und Träger der Einrichtung über Gegenstände der Vereinbarung nicht einigen, entscheidet die Schiedsstelle nach § 80 SGB XII (Rdnr. 217) auf Antrag einer Seite über den Streitgegenstand. Gegen deren Entscheidung ist die Bestreitung des Rechtswegs bei den Sozialgerichten möglich.

214 Bei groben Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen durch den Einrichtungsträger gegenüber den Leistungsberechtigten oder dem Träger der Sozialhilfe kann die Vereinbarung nach § 78 SGB XII fristlos gekündigt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn dem Einrichtungsträger – etwa wegen gravierender Mängel bei der Leistungserbringung – nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb der Einrichtung untersagt wird oder er nicht erbrachte Leistungen abrechnet.

### **Rahmenverträge**

215 Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Rdnr. 264 f) und die Spitzenverbände von kreisfreien Städten bzw. Landkreisen auf Landesebene einerseits und die Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene andererseits sind nach § 79 SGB

XII verpflichtet, gemeinsame und einheitliche Rahmenverträge abzuschließen. Diese Rahmenverträge bilden die Grundlage für die von Sozialhilfeträgern und Einrichtungsträgern zu schließenden Vereinbarungen, da sie Inhalte, Bestandteile und nähere Abgrenzungen zentraler Bestandteile der Vereinbarungen regeln. Dies sind bspw. die Zusammensetzung der Investitionsbeträge, Inhalt oder Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmenpauschalen und die Merkmale für Bildung der Gruppen mit vergleichbarem Bedarf.

216 Auf Bundesebene sind von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigung der Träger der Einrichtungen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zum Inhalt der Rahmenverträge zu vereinbaren.

### **Schiedsstelle**

217 Für den Fall, dass beim Abschluss einer Vereinbarung zwischen Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger keine Einigung erzielt werden kann, ist die nach § 80 SGB XII einzuschaltende Schiedsstelle für jedes Land oder Teile eines Landes bei der zuständigen Landesbehörde zu bilden. Sie setzt sich paritätisch aus Vertretern der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe, aus Vertretern der Einrichtungsträger sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zusammen. Die Mitglieder der Schiedsstelle sind ehrenamtlich tätig, Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Stimmen getroffen.

### **Einsatz des Einkommens**

218 Das Elfte Kapitel des SGB XII mit der Überschrift „Einsatz des Einkommens und Vermögens“ umfasst in sechs Abschnitten alle Vorschriften, die erforderlich sind für die Umsetzung des Nachrangigkeitsgrundsatzes der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII, vgl. Rdnr. 2 und 27). Die Abgrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises in § 19 SGB XII (Rdnr. 54 ff) beruht auf der Hilfebedürftigkeit als Konsequenz unzureichenden Einkommens und Vermögens. Die notwendige Konkretisierung, in welchem Umfang Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten und eventuell auch von unterhaltspflichtigen Personen zur Vermeidung bzw. Verminderung von Hilfebedürftigkeit einzusetzen sind, enthält das Elfte Kapitel. Die ersten beiden Abschnitten des Elf-

ten Kapitels mit den §§ 82 bis 89 SGB XII regeln den Einsatz des Einkommens.

## **Begriff des Einkommens im SGB XII**

219 Der Erste Abschnitt enthält die Vorschriften über die sozialhilferechtliche Abgrenzung und Berechnung von Einkommen. Entsprechend dem Grundsatz der Nachrangigkeit werden in § 82 SGB XII alle Einkünfte in Geld und Geldeswert als Einkommen definiert. Dieser weite Einkommensbegriff aus dem Einkommensteuerrecht umfasst u. a. Erwerbseinkommen, Renten, Pensionen, Unterhaltszahlungen, Zinsen und sonstige Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung. Weitergehende Präzisierungen enthält die durch das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch geänderte Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Einkommens-Verordnung); die zugehörige Verordnungsermächtigung ist im Sechsten und letzten Abschnitt des Elften Kapitels in § 96 SGB XII enthalten.

220 Nicht zum Einkommen zählen nach dem SGB XII nur Leistungen sowie Geldleistungen, die nicht zum Zweck des durch die Sozialhilfe abzudeckenden notwendigen Lebensunterhalts gezahlt werden. Dies sind die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen (z. B. das Opferentschädigungsgesetz oder das Infektionsschutzgesetz). Weiterhin die Renten und Beihilfen nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Leben sowie an Körper und Gesundheit in Höhe bis zur vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Hinzu kommen Sozialleistungen, für die in den jeweiligen Leistungsgesetzen eine Anrechnung auf Sozialhilfeleistungen ausgeschlossen wird, so insbesondere das Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz oder Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921. Ergänzend zählen nach § 83 SGB XII Leistungen, die nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften für einen ausdrücklich genannten Zweck gezahlt werden, nur soweit sozialhilferechtlich als Einkommen, als die Sozialhilfe im Einzelfall demselben Zweck dient. Gleiches gilt für Entschädigungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, die nicht wegen eines Vermögensschadens geleistet werden. Auch Zuwendungen der freien Wohlfahrtspflege sind nach § 84 SGB XII sozialhilferechtlich kein Einkommen, es sei denn die materielle Situation einer

leistungsberechtigten Person wird dadurch so günstig beeinflusst, dass daneben keine Sozialhilfeleistungen mehr gerechtfertigt sind. Bei der Berücksichtigung von Zuwendungen Anderer, die nicht aus rechtlicher oder sittlicher Pflicht erbracht werden, hat der Träger der Sozialhilfe einen Ermessensspielraum: Sie sollen außer Betracht bleiben, wenn die Berücksichtigung für die leistungsberechtigte Person eine Härte darstellen würde.

221 Wird für minderjährige Kinder Kindergeld (vgl. Kapitel 18) gezahlt, so ist dieses dem Kind, für das es gezahlt wird, als Einkommen zuzurechnen, soweit es zur Deckung von dessen notwendigem Lebensunterhalt benötigt wird (§ 82 Abs. 1 SGB XII). Dadurch soll die bislang trotz Kindergeldzahlung vorhandene Sozialhilfebedürftigkeit von Kindern vermindert werden. Diese Neuregelung kann zur Konsequenz haben, dass die Bedarfsdeckung des Kindes bei den Eltern oder einem Elternteil einen erhöhten Sozialhilfebedarf zur Folge hat, weil ihnen das Kindergeld nicht oder nicht mehr im vollen Umfang als Einkommen zugerechnet werden kann. Für volljährige behinderte Kinder, für die Kindergeld ohne Altersbegrenzung gezahlt wird, gibt es im SGB XII keine Regelung, ob das Kindergeld den Eltern oder dem Kind zuzurechnen ist. Diese Zurechnung ist in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bedeutsam, weil volljährige behinderte Kinder oftmals grund-sicherungsberechtigt sind. Solange Kindergeld an die Eltern oder einen Elternteil und nicht direkt an die Kinder gezahlt wird, ist es nach der bisherigen Rechtsprechung den Eltern oder einem Elternteil zuzurechnen.

222 Da die Bestreitung des Lebensunterhalts aus dem verfügbaren Einkommen erfolgt, werden nach § 82 Abs. 2 SGB XII folgende Beträge vom (Brutto-) Einkommen abgezogen („allgemeine Absetzbeträge“): Die darauf entrichteten Steuern, die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung und Beiträge zu anderen Versicherungen, die entweder gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind. Dazu können bspw. auch Rechtsschutz- und Haftpflichtversicherungen zählen und insbesondere die Beiträge für die steuerlich geförderte Altersvorsorge nach § 82 des Einkommensteuergesetzes bis zum Mindesteinkommenbeitrag nach § 86 des Einkommensteuergesetzes (so genannte „Riester-Rente“). Vom Einkommen abzuziehen sind darüber hinaus die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen Ausgaben (Werbungskosten). Bei einer Beschäftigung in einer Werkstatt

für behinderte Menschen sind das Arbeitsförderungsgeld und Erhöhungsbeträge des Arbeitsentgelts im Sinne von § 43 Satz 4 SGB IX (bei einem monatlichen Entgelt von unter 325 Euro bis zu monatlich 26 Euro; vgl. Kapitel 9) ebenfalls abzuziehen. Da dies nunmehr für alle Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen und nicht mehr nur – wie früher nach dem BSHG – für diejenigen gilt, die in einer Einrichtung leben, wird auch hier das Ziel der Gleichstellung von ambulant und stationär umgesetzt (Rdnr. 235).

### **Einsatz des Einkommens für Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel**

223 Verfügbares Einkommen ist bei Personen, die leistungsberechtigt in der Hilfe zum Lebensunterhalt und in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind, in vollem Umfang einzusetzen. Der Bedarf in Höhe des notwendigen Lebensunterhalts nach § 27 SGB XII (Rdnr. 92), vermindert um das anzurechnende Einkommen, ergibt die Leistungshöhe im Einzelfall.

224 Sofern Erwerbseinkommen erzielt wird, gilt jedoch eine ergänzende Regelung. Hier wird zusätzlich zu den allgemeinen Absetzbeträgen nach § 82 Abs. 2 SGB XII ein so genannter Erwerbstätigenabsetzbetrag nach § 82 Abs. 3 SGB XII eingeräumt. Damit können erwerbstätige Leistungsberechtigte in der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung von dem aus einer Erwerbstätigkeit erzielten Erwerbseinkommen einen Teil anrechnungsfrei behalten, d. h. die Sozialhilfe mindert sich nicht um den gesamten Hinzuverdienst. Anrechnungsfreier Hinzuverdienst stellt damit zusätzliches, über das soziokulturelle Existenzminimum hinausgehendes, verfügbares Einkommen dar. Weil der Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung von der am sozio-kulturellen Existenzminimum festgemachten Hilfebedürftigkeit abhängt, ist eine Begrenzung des nicht anzurechnenden Hinzuverdienstes erforderlich. Gegenüber dem BSHG wurden Höhe und Berechnung des Erwerbstätigenabsetzbetrags aus zwei Gründen geändert:

- Wegen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende im SGB II musste die mit der Höhe des Erwerbstätigenabsetzbetrages verbundene Anreizwirkung für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit überprüft werden: Für Leistungsberechtigte in der Hilfe zum Lebensun-

terhalt und in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung kommen im Wesentlichen nur Tätigkeiten von weniger als drei Stunden täglich in Betracht (Rdnr. 86 und 134).

- Der Erwerbstätigenabsetzbetrag im BSHG enthielt nur die Vorgabe, dass vom Erwerbseinkommen „Beträge in jeweils angemessener Höhe abzusetzen“ sind. Für die Höhe des Erwerbstätigenabsetzbetrags gab es nur eine Empfehlung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, die aber – da rechtlich nicht verbindlich – nicht bundesweit einheitlich angewendet wurde. Danach gab es einen Freibetrag in Höhe von 30% des Eckregelsatzes (nach dem durchschnittlichen Regelsatz war dies zuletzt, also im zweiten Halbjahr 2004, in Westdeutschland 88,50 Euro und in Ostdeutschland 84,30 Euro), vom überschreitenden Arbeitseinkommen waren 25% anrechnungsfrei.

225 Berechnung und Höhe des Erwerbstätigenabsetzbetrags sind nunmehr bundesgesetzlich und damit einheitlich geregelt. Generell 30% des Erwerbseinkommens können abgesetzt werden, bleiben also anrechnungsfrei und erhöhen das verfügbare Einkommen über die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung hinaus.

226 Für Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen sieht § 82 Abs. 3 SGB XII einen eigenen Erwerbstätigenabsetzbetrag vor: Es gibt einen festen Freibetrag in Höhe eines Achtels des Eckregelsatzes (im ersten Halbjahr 2006 in Westdeutschland 43,12 Euro, in Ostdeutschland 41,37 Euro), zusätzlich bleiben 25% des diesen Freibetrag übersteigenden Entgeltes anrechnungsfrei. Dieser spezielle Erwerbstätigenabsetzbetrag für Werkstattbeschäftigte entspricht dem Einkommensteil, den in einer stationären Einrichtung lebende Werkstattbeschäftigte nicht einsetzen müssen (Rdnr. 235). Auch dies dient der mit dem SGB XII angestrebten Gleichbehandlung von ambulant und stationär.

### **Einkommensgrenzen für Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel**

227 Der Zweite Abschnitt des Elften Kapitels enthält in den §§ 85 bis 89 SGB XII die Vorschriften für den Einkommenseinsatz in der Hilfe zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Hilfe zur Pflege, der Hilfen zur Überwindung be-



sonderer sozialer Schwierigkeiten und der Hilfen in anderen Lebenslagen. Der Einsatz des Einkommens der Leistungsberechtigten und ihrer nicht getrennt lebenden Ehegatten und Lebenspartnern ist angesichts der im Regelfall hohen Kosten dieser Leistungen, vor allem wenn sie mit einer stationären Unterbringung verbunden sind, gegenüber dem Einkommenseinsatz in der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung eingeschränkt. Damit wird bei Bezug der Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel das Nachrangprinzip der Sozialhilfe abgeschwächt.

228 Den Leistungsberechtigten und ihren Ehegatten oder Lebenspartnern darf nach § 85 SGB XII die Aufbringung der Mittel grundsätzlich nicht zugemutet werden, wenn während der Dauer des Bedarfs ihr monatliches gemeinsames Einkommen eine Einkommensgrenze nicht übersteigt. Diese Einkommensgrenze errechnet sich aus

- einem Grundbetrag in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes, für Westdeutschland im Jahr ersten Halbjahr 2006, also durchschnittlich 690 Euro, für Ostdeutschland 662 Euro,
- den Kosten der Unterkunft, soweit sie den der Besonderheit des Einzelfalles angemessenen Umfang nicht übersteigen und
- einem Familienzuschlag in Höhe des auf volle Euro aufgerundeten Betrags von 70% des für die leistungsberechtigte Person geltenden Eckregelsatzes (im ersten Halbjahr 2006 in Westdeutschland 242 Euro, in Ostdeutschland 232 Euro) für den nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner und für jede Person, die von der nachfragenden Person, ihrem nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner überwiegend unterhalten worden ist oder für sie nach der Entscheidung über die Erbringung der Sozialhilfe unterhaltspflichtig werden.

229 Leistungsberechtigten unverheirateten Minderjährigen und ihren Eltern ist die Aufbringung der Mittel grundsätzlich nicht zuzumuten, wenn während der Dauer des Bedarfs das monatliche Einkommen der minderjährigen Person und ihrer Eltern zusammen eine Einkommensgrenze nicht übersteigt, die sich hinsichtlich Grundbetrag und Kosten der Unterkunft wie bei Volljährigen berechnet. Der Familienzuschlag beläuft sich für einen Elternteil, wenn die Eltern zusammenleben, ebenfalls auf 70%. Der glei-

che Betrag kommt noch einmal für das minderjährige Kind hinzu und für jede weitere Person, die von den Eltern oder dem minderjährigen Kind überwiegend unterhalten wird. Leben die Eltern nicht zusammen, richtet sich die Einkommensgrenze nach dem Elternteil, bei dem die minderjährige Person lebt; lebt sie bei keinem Elternteil, dann bestimmt sich die Einkommensgrenze wie bei Volljährigen.

230 Gegenüber drei Freibeträgen im BSHG gibt es im SGB XII damit nur noch eine – allerdings erhöhte – Einkommensgrenze, wodurch die mit dem SGB XII angestrebte Gleichbehandlung von ambulante und stationärem Bereich umgesetzt wird.

231 Ergänzend zur bundesrechtlichen Regelung kann der Grundbetrag nach § 89 SGB XII von den Ländern und, wenn Landesrecht dem nicht entgegensteht, auch von den Trägern der Sozialhilfe für bestimmte Arten der Hilfe nach dem Fünften bis Neunten Kapitel erhöht werden.

232 Aus zu berücksichtigendem Einkommen, das die Einkommensgrenze übersteigt – im SGB XII bezeichnet als Einsatz des Einkommens oberhalb der Einkommensgrenze – ist die Aufbringung der Mittel nach § 87 SGB XII in angemessenem Umfang zuzumuten. Die Angemessenheit richtet sich insbesondere nach Art des Bedarfs, Art oder Schwere der Behinderung oder der Pflegebedürftigkeit. Hinzu kommen bei der Prüfung der Höhe einer angemessenen Beteiligung durch den Träger der Sozialhilfe auch die Dauer und Höhe der erforderlichen Aufwendungen sowie die Berücksichtigung besonderer Belastungen der nachfragenden Person und ihrer unterhaltsberechtigten Angehörigen. Bei Schwerstpflegebedürftigen nach § 64 Abs. 3 SGB XII (entspricht Pflegestufe III in der Pflegeversicherung; vgl. Rdnr. 187) und bei Beziehern von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII (Rdnr. 201) darf ein Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze von mindestens 60% nicht zugemutet werden.

233 In Fällen, in denen die nachfragende Person durch den Eintritt eines nur kurzzeitig bestehenden Bedarfsfalles ihr Einkommen ganz oder teilweise verliert, besteht für die Träger der Sozialhilfe ein Ermessensspielraum dahingehend, dass die Aufbringung der Mittel auch aus künftigen, d. h. nach Wegfall des Bedarfs in einem angemessenen Zeitraum zufließenden Einkommens verlangt werden kann, soweit dieses die Einkommensgrenze übersteigt. Der Umfang der Mittelaufbringung hat sich dann an dem



Umfang zu messen, der ohne Verlust des Einkommens zumutbar gewesen wäre.

234 Auch wenn das Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze liegt, kann in den drei folgenden Ausnahmefällen eine Beteiligung des Leistungsberechtigten an der Aufbringung der Mittel verlangt werden:

- Alle Leistungen in Sach- und Geldform, die von Dritten und unabhängig von einer rechtlichen Grundlage für einen Zweck erbracht werden, für den sonst Sozialhilfe zu leisten wäre.
- Wenn zur Deckung des Bedarfs nur geringfügige Mittel erforderlich sind. Dadurch wird die verwaltungsaufwändige Zahlung von Bagatellbeträgen durch die Sozialhilfe ausgeschlossen.
- Im Zusammenhang mit teil- und vollstationären Leistungen, wenn der Leistungsberechtigte daneben noch weitere finanzielle Verpflichtungen hat. Die erste Möglichkeit einer Kostenbeteiligung besteht bei Leistungen in einer teilstationären und stationären Einrichtung, soweit deswegen Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt erspart werden. Dies ist dann der Fall, wenn trotz stationärer Unterbringung der eigene Haushalt weiter besteht. Das Sozialamt kann im Umfang dieser Ersparnis eine Beteiligung an den Kosten der teil- oder vollstationären Leistung verlangen. Deren Höhe kann nur im Einzelfall bestimmt werden. Die zweite Möglichkeit der Kostenbeteiligung besteht bei Personen, die voraussichtlich längere Zeit – in der Regel wird von einem ganzen, zumindest aber von einem halben Jahr ausgegangen – zur Pflege in einer Einrichtung leben. Diese Personen sollen in angemessenem Umfang an den Kosten beteiligt werden. Wenn sie allerdings einen Ehepartner, Lebenspartner oder eine sonstige Person überwiegend unterhalten, so soll dies bei der Höhe der Beteiligung an den Kosten in der Einrichtung berücksichtigt werden. Das hinter dieser Ausnahmeregelung stehende Ziel ist zu verhindern, dass wegen des einzusetzenden Anteils am Einkommen des Leistungsberechtigten eine vor dessen stationärer Unterbringung nicht von Sozialhilfe abhängige unterhaltsberechtigten Person – bspw. der Ehepartner – sozialhilfebedürftig wird. Da aber der gesamte Sozialhilfebedarf im Falle einer stationären Unterbringung durch § 35 SGB XII (Rdnr. 124 f) in die so genannten Maßnahmekosten und den Le-

bensunterhaltsbedarf aufgeteilt wird, ergibt sich daraus, dass Einkommen und Vermögen für den auch außerhalb der Einrichtung anfallenden und durch die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. die Grundsicherung abgedeckten Lebensunterhalt in vollem Umfang einzusetzen ist (Rdnr. 224). Um dies in im Falle einer unterhaltspflichtigen Person zu verhindern, wurde durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 2005 an § 82 SGB XII ein Absatz 4 angefügt. Dazu wird bereits bei der sozialhilferechtlichen Bestimmung des Einkommens in § 82 SGB XII (Rdnr. 219 ff) geregelt, dass im Falle stationärer Unterbringung und Unterhaltspflicht nicht das gesamte Einkommen und Vermögen für den Lebensunterhalt einzusetzen ist. Damit können die Sozialhilfeträger in diesem Fall die nach dem BSHG übliche Verwaltungspraxis weiterführen. Allerdings ist diese Verwaltungspraxis dadurch geprägt, dass von den Sozialhilfeträgern der Anteil des Einkommens, der als Unterhalt für eine unterhaltsberechtigte Person anerkannt wird und damit nicht für die Kosten in der Einrichtung aufgebracht werden muss, sehr unterschiedlich bemessen. Hinzu kommt, dass durch die Rechtsprechung zu § 82 Abs. 4 SGB XII die Unsicherheit entstanden ist, ob diese Schutzvorschrift – wie vom Gesetzgeber beabsichtigt – für alle in Frage kommenden Leistungsberechtigten gilt oder nur für die ausdrücklich erwähnten Leistungsberechtigten in der Hilfe zum Lebensunterhalt. Konkret geht es darum, ob auch Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung einbezogen sind, da im Vierten Kapitel (in § 41 Abs. 2 SGB XII) u. a. § 82 SGB XII für die Grundsicherung für anwendbar erklärt wird. Eine entsprechende klarstellende Änderung ist in einem vom Bundesrat eingebrachten, aber noch nicht verabschiedeten Gesetzentwurf enthalten.

235 Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die in einer stationären Einrichtung – meist in einem der Werkstatt angeschlossenen Wohnheim – leben und in der Werkstatt Arbeitsentgelt erzielen, müssen sich nicht mit dem gesamten Arbeitsentgelt an den Unterkunftskosten, sondern nur in begrenztem Umfang beteiligen. Damit wird die Anreizfunktion für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen

nicht auf die in einem privaten Haushalt lebenden behinderten Menschen beschränkt. Zur Umsetzung des Grundsatzes einer Gleichbehandlung von stationären und ambulanten Leistungsformen werden in Wohnheimen und in Privathaushalten lebende behinderte Menschen finanziell gleichgestellt:

- In beiden Konstellationen gilt der vom Einkommen abzuziehende allgemeine Absetzbetrag in gleicher Höhe (Rdnr. 222).
- Die Höhe des für die Kosten in der stationären Einrichtung einzusetzenden Einkommens bei dem im Wohnheim lebenden Werkstattbeschäftigten entspricht dem speziellen Erwerbstätigenabsetzbetrag für Werkstattbeschäftigte nach § 82 Abs. 3 SGB XII, die nicht in einer stationären Einrichtung leben. Deshalb ist dieser Erwerbstätigenabsetzbetrag für im Wohnheim lebende behinderte Menschen nicht anwendbar (Rdnr. 226).

236 Der – obligatorisch oder im Wege einer Ermessensentscheidung – erforderliche Einsatz von Teilen des Einkommens zur Deckung bestimmter Bedarfe erfordert es, dass dieser Einkommensteil bei Vorliegen mehrerer Bedarfe nach dem SGB XII bei der Prüfung, inwieweit der Einsatz des Einkommens für einen anderen gleichzeitig bestehenden Bedarf zuzumuten ist oder verlangt werden kann, nicht noch einmal berücksichtigt wird (§ 89 SGB XII). Sind verschiedene Sozialhilfeträger für die unterschiedlichen Bedarfsfälle zuständig, so hat der zuerst eingetretene Bedarf Vorrang. Bei gleichzeitigem Eintritt der Bedarfsfälle ist das über die Einkommensgrenze liegende Einkommen in gleichen Teilen bei den Bedarfsfällen zu berücksichtigen.

### Einsatz des Vermögens

237 Der Dritte Abschnitt des Elften Kapitels enthält in den §§ 90 und 91 SGB XII die Vorschriften für den Einsatz des Vermögens zur Vermeidung bzw. zur Verminderung von Hilfebedürftigkeit. Ebenso wie der Einsatz des Einkommens dient damit auch der Einsatz des Vermögens der Umsetzung des Nachrangprinzips der Sozialhilfe (Rdnr. 27).

### Allgemeiner Vermögenseinsatz

238 In § 90 SGB XII wird der Einsatz des gesamten vorhandenen Vermögens verlangt, soweit dieses verwertbar ist. Ebenso wie beim einzusetzenden

Einkommen gibt es allerdings auch beim Vermögen Ausnahmen, um nicht generell einen vollständigen Vermögensverzehr zu verlangen. Dies würde die Gefahr in sich bergen, dass Leistungsberechtigte wegen des Verzehrs aller „Reserven“ dauerhaft und in vollem Umfang auf Sozialhilfe angewiesen sind, zumindest aber die Umsetzung des Ziel der Sozialhilfe erheblich erschweren, die Leistungsberechtigten zu befähigen, unabhängig von Hilfeleistungen leben zu können (Rdnr. 6).

239 Der Begriff des Vermögens wird im SGB XII – ebenso wie zuvor im BSHG – nicht definiert. Ausgegangen wird deshalb von der allgemeinen und weitgehenden wirtschaftlichen Vermögensdefinition, nach der alle Gegenstände und Güter, die nicht zur sofortigen Bestreitung des aktuellen Bedarfs vorgesehen sind, zum Vermögen zählen. Dies sind insbesondere Geld als Bargeld wie als Guthaben in jeder Form bei Geldinstituten, Forderungen gegen Dritte (z. B. Aktien, Wechsel und Hypothekenbriefe) und Geldeswerte (z. B. Gutscheine und Schecks). Auch Einkommen führt, soweit es nicht in dem Monat, in dem es dem Einkommensbezieher zufließt, für die Bestreitung des Lebensunterhalts verwendet wird, zu Vermögen. Auch alle Formen von Sachvermögen sind Vermögensbestandteile – also insbesondere Immobilien, Grundstücke und Wertgegenstände. Erträge aus dem Vermögen sind, sofern sie nicht wieder angelegt werden, Einkommen (Rdnr. 219).

240 Ferner werden die Kriterien für eine Verwertbarkeit des Vermögens im SGB XII nicht explizit festgelegt. Damit gelten allgemeine wirtschaftliche Gesichtspunkte, nach denen entscheidend ist, ob ein Vermögensgegenstand zu einem vertretbaren Preis in absehbarer Zeit veräußert („zu Geld gemacht“) werden kann. Dies ist nicht zwingend mit einem „Gewinn“ gleichzusetzen, wohl aber damit, dass eine Veräußerung, die mit einem deutlichen Verlust verbunden ist, nicht zugemutet werden kann. Wegen des Verlustrisikos – z. B. wegen der Kursentwicklung von Wertpapieren – kann die Verwertung aber zu einem späteren Zeitpunkt zumutbar sein (Rdnr. 245 f). Hinzu kommt die objektive Unmöglichkeit einer Veräußerung – etwa weil bei der Zwangsversteigerung einer Immobilie kein Gebot abgegeben wird.

241 Neben dem Verkauf von Vermögenswerten kann ein Vermögensinhaber sich aber auch für andere Nutzungsformen entscheiden: So bspw. für Vermietung, Verpachtung oder Beleihung (Kreditbeschaffung gegen dingliche Sicherheiten).

242 Ausgehend von dieser weiten Abgrenzung des Vermögens wird in § 90 SGB XII nicht das einzusetzende Vermögen definiert, sondern im Sinne von Ausnahmeregelungen das nicht einzusetzende Vermögen. Danach darf die Sozialhilfe nicht abhängig gemacht werden vom Einsatz oder der Verwertung folgender Vermögenswerte (so genanntes „Schonvermögen“):

- Ein Vermögen, das aus öffentlichen Mitteln finanziert wurde und zum Aufbau oder zur Sicherung einer Lebensgrundlage oder zur Gründung eines Hausstands bestimmt ist. Dabei handelt es sich um Zuwendungen seitens Bund, Länder oder Gemeinden sowie Stiftungen, Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechts. Diese dienen entweder der Erst- oder Wiederbeschaffung von Hausrat oder der Sicherung der Lebensgrundlage. Letzteres bedeutet, dass damit die Aufnahme einer Tätigkeit ermöglicht wird, aus der dann der Lebensunterhalt bestritten werden kann.
- Ein steuerlich gefördertes Altersvorsorgekapital einschließlich seiner Erträge (nach § 10a oder des Abschnitts XI des Einkommensteuergesetzes), die so genannte „Riester-Rente“.
- Ein angemessenes Hausgrundstück, das von der nachfragenden Person oder einer anderen Person, die Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel bezieht, allein oder zusammen mit Angehörigen ganz oder teilweise bewohnt wird und nach ihrem Tod von ihren Angehörigen bewohnt werden soll. Damit können Wohnhäuser oder Eigentumswohnungen mit dem zugehörigen Grund, die sich im Allein- oder Miteigentum des Leistungsberechtigten bzw. eines Mitglieds der Haushaltsgemeinschaft befinden oder auf Grund eines Erbbaurechts errichtet wurden, Teil des Schonvermögens sein. Da hierin eine erhebliche Abweichung vom Nachrangprinzip liegt, kommt der Angemessenheit besondere Bedeutung zu. Die Angemessenheit bestimmt sich nach der Zahl der Bewohner, dem Wohnbedarf – wobei ein spezieller Wohnbedarf von behinderten, blinden oder pflegebedürftigen Menschen zu berücksichtigen ist – der Größe von Haus und Grundstück, dem Zuschnitt und der Ausstattung des Wohngebäudes sowie vor allem auch dem Wert von Grundstück und Wohngebäude. Ob diese Kriterien erfüllt werden, kann nur im Wege der Einzelfallentscheidung geprüft werden. Abteilbare und unbebaute sowie veräußerbare Teile des Grundstücks fallen nicht unter das Schonvermögen.
- Sonstiges Vermögen, insbesondere in Form von Bausparverträgen, Lebensversicherung oder Sparkonten, mit dem in absehbarer Zeit Beschaffung oder Erhaltung (Instandsetzung und Instandhaltung sowie notwendige Modernisierungen von Heizung und Ähnlichem) eines Hausgrundstücks oder einer Eigentumswohnung im Sinne des voranstehenden Spiegelstriches geplant ist. Als Beleg für diese Absicht können Bau- und Finanzierungspläne oder Vergleichbares dienen. Die Immobilie muss allerdings Wohnzwecken für behinderte Menschen (vorausgesetzt, die Voraussetzungen für Eingliederungshilfe werden erfüllt, vgl. Rdnr. 165), für blinde Menschen (vorausgesetzt, die Voraussetzungen für Blindenhilfe werden erfüllt, vgl. Rdnr. 201 f), sowie für pflegebedürftige Menschen (vorausgesetzt, die Voraussetzungen für die Hilfe zur Pflege erfüllt, vgl. Rdnr. 183 f) dienen. Nicht erforderlich ist allerdings, dass nur eine behinderte, blinde oder pflegebedürftige Person dort wohnt oder Eigentümer ist bzw. wird. Voraussetzung für die Anerkennung als Schonvermögen ist, dass Einsatz oder Verwertung dieses Vermögens den genannten Zweck gefährden würde.
- Ein angemessener Hausrat, dazu zählen vor allem Möbel und sonstige Wohnungseinrichtung einschließlich Haushaltsgeräte. Die Angemessenheit richtet sich nach den bisherigen Lebensverhältnissen der nachfragenden Person bzw. der Haushaltsgemeinschaft.
- Gegenstände, die zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind. Darin inbegriffen sind Gegenstände für die Fortbildung, berufliche Schulung und Schulausbildung. Ferner Fachliteratur oder Arbeitsgeräte und Werkzeuge. Wegen der Zuordnung der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zum SGB II kann ein aus beruflichen Gründen erforderliches Auto in der Regel nur noch dann berücksichtigt werden, wenn es sich um ein behindertengerechtes Fahrzeug handelt.
- Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für die nachfragende Person oder ihre Familie eine besondere Härte bedeuten würde. Dies sind bspw. Kunstgegenstände, Schmuckstücke,

Sammlungen oder Möbel. Als besondere Härte gelten schwerwiegende Umstände, die einem Verkauf entgegenstehen. Ob solche Hinderungsgründe vorliegen, kann nur im Wege der Einzelfallprüfung entschieden werden.

- Gegenständen, die zur Befriedigung geistiger, insbesondere wissenschaftlicher und künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist. Dies bedeutet, dass sie nicht von erheblichem Wert sein dürfen und damit in keinem unverhältnismäßigen Verhältnis zur Lebenssituation stehen bzw. weit über das allgemein Übliche hinausgehen. Neben künstlerischen oder wissenschaftlichen Bedürfnissen können dies u. a. auch Interessen technischer, literarischer, allgemein bildender Art sein. Eingeschlossen sind aber auch Gegenstände zur Sportausübung oder Freizeitbeschäftigung. Damit sind auch Liebhabereien bzw. Hobbies mit inbegriffen.
- Kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte, dabei ist die besondere Notlage der nachfragenden Person zu berücksichtigen.

243 Weitergehende Festlegungen, was unter kleineren Barbeträgen und sonstigen Geldwerten zu verstehen ist, enthält die Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Vermögensschutz-Verordnung). Die zugehörige Verordnungsermächtigung ist im Sechsten und letzten Abschnitt des Elften Kapitels in § 96 SGB XII enthalten. Die sich nach der Verordnung ergebende Höhe des Schonvermögens wurde gegenüber dem BSHG angehoben, um Handlungsspielräume für ein Ansparen zu schaffen, das wegen des pauschalierten Regelsatzsystems (Rdnr. 93 ff) erforderlich ist.

Folgende Beträge für das Schonvermögen werden durch die Verordnung festgesetzt:

- Für eine alleinlebende leistungsberechtigte Person in der Hilfe zum Lebensunterhalt ist ein Vermögen von 1.600 Euro frei, ab Vollendung des 60. Lebensjahres sowie bei voller Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung jedoch 2.600 Euro; für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ergibt sich damit ein Schonvermögen von 2.600 Euro. Bei Leistungen der Hilfe zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Hilfe zur Pflege, der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierig-

keiten und der Hilfen in anderen Lebenslagen beläuft sich das Schonvermögen ebenfalls auf 2.600 Euro, hinzu kommen 256 Euro für jede Person, die vom Bezieher dieser Sozialhilfeleistungen überwiegend unterhalten wird.

- Die Vermögensfreigrenzen erhöhen sich, wenn eine leistungsberechtigte Person mit einem Ehegatten oder Lebenspartner zusammenlebt und damit das Vermögen beider zu berücksichtigen ist: 614 Euro für den Ehegatten oder Lebenspartner und 256 Euro für jede Person, die vom Leistungsberechtigten, dessen Ehegatten oder Lebenspartner überwiegend unterhalten wird. Bei einem Ehepaar mit einem Kind ergeben sich damit 2.470 Euro an Schonvermögen.
- Bei unverheirateten Minderjährigen und deren Eltern erhöhen sich die Freigrenzen von 1.600 bzw. 2.600 Euro um 614 Euro für einen Elternteil und 256 Euro für die minderjährige Person und jede Person, die von Eltern der minderjährigen Person überwiegend unterhalten wird. Ist bspw. die Leistungsberechtigung in der Hilfe zum Lebensunterhalt ausschließlich vom Vermögen eines minderjährigen Kindes abhängig, so ergeben sich für dieses 1.600 Euro zuzüglich 256 Euro, insgesamt also 1.856 Euro. Ist die Leistungsberechtigung auch vom Vermögen eines Elternteils abhängig, so ergeben sich 2.470 Euro (1.856 Euro zuzüglich 614 Euro).

244 Darüber hinaus darf die Sozialhilfe nicht vom Einsatz oder die Verwertung von Vermögen abhängig gemacht werden, soweit dies für den, der das Vermögen einzusetzen hat, und für seine unterhaltsberechtigten Angehörigen eine Härte bedeuten würde. Dies gilt bei Leistungsberechtigten in der Hilfe zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Hilfe zur Pflege, der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und der Hilfen in anderen Lebenslagen insbesondere soweit eine angemessene Lebensführung oder die Aufrechterhaltung einer angemessenen Alterssicherung bei einem Vermögenseinsatz wesentlich erschwert würde.

### **Aufgeschobener Vermögenseinsatz durch Darlehensgewährung**

245 Einen Ermessensspielraum für die Träger der Sozialhilfe sieht § 91 SGB XII vor, wenn der sozialhilferechtliche Bedarf unmittelbar vorhanden ist,

die nicht unter das Schonvermögen fallenden Vermögenswerte aber nicht sofort verbraucht oder veräußert werden können. Dies kann z. B. der Fall sein, weil ein minderjähriger Leistungsberechtigte als Eigentümer nicht zur Veräußerung berechtigt ist, oder weitere rechtliche Hinderungsgründe bestehen – z. B. im Erbfall wegen einer Testamentsvollstreckung oder noch nicht abgeschlossener Nachlassstreitigkeiten. Der Ermessensspielraum gilt auch, wenn die einzusetzenden Vermögenswerte nur unwirtschaftlich verwertet werden können oder gar „verschleudert“ werden müssen und die Verwertung deshalb zu einer Härte führt. So bspw. wenn ein hoher Vermögenswert wegen eines im Vergleich dazu nach seiner Höhe geringen oder voraussichtlich von begrenzter zeitlicher Dauer bestehenden Leistungsanspruchs unter Wertverlusten oder hohen Kosten veräußert werden müsste (Rdnr. 240).

246 In diesen Fällen soll die Sozialhilfe als Darlehen geleistet werden. Dabei kann die Darlehensgewährung und damit die Leistungserbringung davon abhängig gemacht werden, dass der Rückzahlungsanspruch dinglich oder auf andere Weise gesichert wird. Dies erfolgt bei Grundstücken und Immobilien durch eine Hypothek oder Grundschuld, bei anderen Vermögenswerten bspw. durch Sicherungsübereignung, Forderungsabtretung, Bestellung eines Pfandrechts oder eine Bürgschaft. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt durch Veräußerung des zugrunde liegenden Vermögenswertes, entweder wenn der Grund für die Unmöglichkeit der Verwertung wegfällt oder nach dem Tod des Leistungsberechtigten.

## **Einschränkung der Anrechnung von Einkommen und Vermögen**

247 Der Vierte Abschnitt des Elften Kapitels beinhaltet mit § 92 SGB XII eine zusätzliche Ausnahmeregelung von dem in § 19 Abs. 3 SGB XII enthaltenen Grundsatz des Einsatzes von Einkommen und Vermögen (Rdnr. 57) bei Bezug von Sozialhilfeleistungen wegen einer Behinderung. Das Ziel dieser Ausnahmeregelung ist es zu verhindern, dass vor allem die für Teilhabe- und Berufschancen behinderter Menschen wichtigen Leistungen der Eingliederungshilfe im Kinder- und Jugendalter aus finanziellen Gründen unterbleiben.

248 Ärztliche oder ärztlich vorordnete Leistungen wegen einer Behinderung sind auch dann in vollem Umfang zu erbringen, wenn den Leistungsberechtig-

ten, ihren Ehegatten oder Lebenspartnern und, sofern sie minderjährig und unverheiratet sind, ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Kosten teilweise zuzumuten ist. Die Sozialhilfe hat damit die Gesamtkosten „vorzuleisten“, Leistungsberechtigte und deren Unterhaltsverpflichteten haben allerdings in der zumutbaren Höhe zu den Kosten beizutragen.

249 Folgende Leistungen sind ohne Berücksichtigung von Vermögen der Leistungsberechtigten und Eltern oder Elternteilen zu erbringen und die erforderliche Kostenbeteiligung auf die Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Kosten beschränkt:

- bei Maßnahmen und Hilfen für noch nicht eingeschulte Kinder, insbesondere zur Vorbereitung einer angemessenen Schulbildung;
- bei der Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit, wenn die hierzu erforderlichen Leistungen in besonderen Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden;
- bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX;
- bei Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach dem SGB IX (§ 41 SGB IX) und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (Rdnr. 169). Übersteigt das gesamte Einkommen des behinderten Menschen jedoch nicht das Zweifache des geltenden Eckregelsatzes (im ersten Halbjahr 2006 in Westdeutschland durchschnittlich 690 Euro, in Ostdeutschland 662 Euro), so ist auch für den ersparten Lebensunterhalt kein Kostenersatz erforderlich.

Ebenfalls ohne Berücksichtigung von Vermögen, aber mit einer zumutbaren Kostenbeteiligung in Höhe des Lebensunterhalts sind die Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten zu erbringen, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Diese Hilfen sollen in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden. Auch hier setzt die Kostenbeteiligung voraus, dass das gesamte Einkommen des behinderten Menschen das Zweifache des geltenden Eckregelsatzes, also 690 Euro in Westdeutschland bzw. 662 Euro in Ostdeutschland nicht übersteigt.



Diese Begünstigung von Leistungsberechtigten und deren Unterhaltsverpflichteten, dass eine Beteiligung an den Kosten der Leistungen („Maßnahmenkosten“) nicht zumutbar ist, gilt allerdings nicht für einen Zeitraum, in dem in der Einrichtung gleichzeitig durchgeführte andere Maßnahmen überwiegen.

250 Die zuständigen Landesbehörden können über die Bemessung der für den häuslichen Lebensbedarf ersparten Aufwendungen und einem Kostenbeitrag für den ersparten Lebensunterhalt in Form des Mittagessens in der Einrichtung weitergehende Bestimmungen treffen.

251 Diese Beschränkung des Einsatzes von Einkommen und Vermögen gilt jedoch nicht für Leistungen, die von nicht zum Unterhalt Verpflichteten oder auf öffentlich-rechtlicher Grundlage für denselben Zweck erbracht werden.

### **Berücksichtigung von Verpflichtungen anderer Personen und Sozialleistungsträger**

#### **Übergang von Ansprüchen**

252 Im Fünften Abschnitt des Elften Kapitels sind mit den §§ 93 bis 95 SGB XII Vorschriften über Ansprüche von Leistungsberechtigten gegen Dritte zusammengefasst. Damit wird den Sozialhilfeträgern ein rechtliches Instrumentarium zur Verfügung gestellt, um die Einhaltung des Nachrangprinzips der Sozialhilfe (Rdnr. 27) zu gewährleisten und an Stelle des Leistungsberechtigten Ansprüche realisieren zu können, mit denen die Kosten von Sozialhilfeleistungen ganz oder teilweise refinanziert werden können. Dies bedeutet, dass Leistungen der Sozialhilfe nicht nur von Einkommen und Vermögen der leistungsberechtigten Person und deren Unterhaltspflichtigen abhängig ist, sondern auch von Ansprüchen der leistungsberechtigten Person gegen andere natürliche oder juristische Personen. Diese der Sozialhilfe vorrangigen Ansprüche müssen jedoch von den Leistungsberechtigten nicht selbst realisiert werden und sie ersetzen auch nicht die Leistungsverpflichtung der Träger der Sozialhilfe.

253 Bei dem so genannten Übergang von Ansprüchen in § 93 SGB XII handelt es sich um Ansprüche, die keine Unterhaltsansprüche sind. Dies sind Ansprüche gegen Andere, die nicht Sozialleistungsträger im Sinne des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) sind.

254 Sofern eine leistungsberechtigte Person einen solchen Anspruch hat, kann der Träger der Sozialhilfe durch schriftliche Anzeige an den Anderen bewirken, dass dieser Anspruch bis zur Höhe der Sozialhilfekosten auf ihn übergeht. Der Übergang des Anspruchs kann auch diejenigen Aufwendungen für Hilfe zum Lebensunterhalt umfassen, die der Sozialhilfeträger gleichzeitig mit den Leistungen für die leistungsberechtigte Person, deren nicht getrennt lebendem Ehegatten oder Lebenspartner und deren minderjährigen unverheirateten Kindern erbringt.

Gleiches gilt für den Übergang von Ansprüchen bei Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Hilfe zur Pflege, der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und der Hilfen in anderen Lebenslagen auch für die Eltern einer leistungsberechtigten Person, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner für die Zeit, für die Leistungen erbracht werden. Der Anspruch muss dann allerdings in einem Zusammenhang mit der den sozialhilferechtlichen Bedarf hervorrufenden Lebenssituation haben, so bspw. beihilferechtliche Ansprüche der Eltern für ihr behindertes Kind.

255 Der Übergang von Ansprüchen setzt voraus, dass durch rechtzeitige Realisierung dieses Anspruchs Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wäre. Der Anspruchsübergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Ansprüche gegen einen Arbeitgeber wegen nicht gezahltem Arbeitsentgelt und Schadensersatzansprüche jeglicher Art nach dem Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) gehen dem Anspruchsübergang nach § 93 SGB XII vor.

#### **Übergang von Unterhaltsansprüchen nach bürgerlichem Recht**

256 Der Übergang von Ansprüchen gegen nach bürgerlichem Recht unterhaltspflichtige Personen nach § 94 SGB XII knüpft an dem Übergang von Ansprüchen nach § 93 SGB XII an. Allerdings bezieht sich die Vorschrift auf Unterhaltsansprüche nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), die für die Zeit bestehen, für die Sozialhilfeleistungen erbracht werden. Wird der Unterhaltsanspruch nicht durch laufende Zahlungen des Unterhaltspflichtigen erfüllt, so geht er bis zur Höhe der geleisteten Sozialhilfe zusammen mit dem unterhaltsrechtlichen Auskunftsanspruch auf den leistenden Träger der Sozialhilfe über. Hierbei ist



jedoch zu beachten, dass die Durchsetzung von Unterhaltsansprüchen durch den Träger der Sozialhilfe regelmäßig mit hohem Verwaltungsaufwand sowie häufig mit gerichtlichen Auseinandersetzungen verbunden ist.

257 Ein Übergang des Unterhaltsanspruchs ist jedoch in folgenden Konstellationen ausgeschlossen:

- Wenn die leistungsberechtigte Person und die unterhaltsberechtigte Person vom zweiten Grad an verwandt sind. Dies bedeutet, dass Unterhaltsansprüche in der Sozialhilfe nur in gerader Linie berücksichtigt werden, d. h. ausschließlich von Kindern gegenüber ihren Eltern und umgekehrt.
- Wenn die unterhaltspflichtige Person selbst leistungsberechtigt nach § 19 SGB XII ist (Rdnr. 54 ff) oder dies durch die Erfüllung des Unterhaltsanspruch werden würde.
- Bei Leistungsberechtigten in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Rdnr. 134).
- Bei Personen, die schwanger sind oder ihr leibliches Kind bis zur Vollendung seines sechsten Lebensjahres betreuen, gegen Verwandte ersten Grades (Rdnr. 58).
- Wenn der Übergang des Unterhaltsanspruchs eine unbillige Härte bedeuten würde; dies erfordert eine Ermessensentscheidung des Sozialhilfeträgers.

258 In Ergänzung zu den besonderen Regelungen beim Einsatz von Einkommen und Vermögen für Leistungsberechtigte nach dem Fünften bis Neunten Kapitel gibt es auch eine abweichende Regelung beim Übergang des Unterhaltsanspruchs, allerdings beschränkt auf Unterhaltsansprüche von volljährigen unterhaltsberechtigten Kindern, die wegen einer Behinderung leistungsberechtigt in der Eingliederungshilfe (Rdnr. 165) oder wegen Pflegebedürftigkeit leistungsberechtigt in der Hilfe zur Pflege sind (Rdnr. 183 f). Entsprechend der Aufteilung in Maßnahmenkosten und Kosten für den Lebensunterhalt geht der Unterhaltsanspruch für Kosten der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nur in der pauschalen Höhe von 26 Euro im Monat über. Für Leistungen zum Lebensunterhalt geht der Unterhaltsanspruch zusätzlich in Höhe von 20 Euro, insgesamt also in Höhe von 46 Euro. Diese pauschalen Beträge erhöhen sich künftig im gleichen Umfang und zum gleichen Zeitpunkt wie das Kindergeld.

259 Im Unterschied zur zivilrechtlichen Rechtslage wird dem Träger der Sozialhilfe auch die Möglichkeit eingeräumt, für die Vergangenheit Unterhaltsansprüche überzuleiten und damit geltend zu machen, wenn er dem Unterhaltspflichtigen die Sozialhilfeleistung schriftlich mitteilt. Damit erstreckt sich der Übergang des Unterhaltsanspruchs auch rückwirkend für die Zeit seit Beginn der Sozialhilfeleistung. Aus Verwaltungsvereinfachungsgründen ist es ferner möglich, dass der Sozialhilfeträger bei einer voraussichtlich auf längere Zeit zu zahlenden Sozialhilfeleistung bis zur Höhe der bisherigen monatlichen Aufwendungen auch auf künftige Leistungen klagen kann.

260 Ergänzend wird die Möglichkeit eingeräumt, dass ein bereits auf den Träger der Sozialhilfe übergegangener Unterhaltsanspruch zur gerichtlichen Geltendmachung in gegenseitigem Einvernehmen wieder an den Leistungsberechtigten rückübertragen wird. Dies ist insbesondere dann angebracht, wenn der bürgerlich-rechtliche Unterhaltsanspruch über den Überleitungsanspruch des Sozialhilfeträgers hinausgeht und der Leistungsberechtigte als Unterhaltsberechtigter den gesamten Unterhaltsanspruch in einem Gerichtsverfahren geltend machen will.

### **Feststellung von Sozialleistungen**

261 Im Falle von Ansprüchen auf andere Sozialleistungen hat der leistende Träger der Sozialhilfe gegenüber dem betreffenden Sozialleistungsträger einen entsprechenden Erstattungsanspruch und kann die Feststellung der Sozialleistung betreiben sowie im Falle einer ablehnenden Entscheidung Rechtsmittel einlegen.

## **Träger der Sozialhilfe**

262 Das Zwölfte Kapitel des SGB XII enthält in zwei Abschnitten mit den §§ 97 bis 101 SGB XII die Vorschriften über die Träger der Sozialhilfe und deren Zuständigkeiten.

### **Örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe**

263 Bei den im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialamt“ bezeichneten Trägern der Sozialhilfe ist zu unterscheiden zwischen den örtlichen und den überörtlichen Trägern. Als örtlichen Träger werden – eine Auswirkung der geschichtlichen Entwicklung der Sozialhilfe (Rdnr. 7) – die Kommunen, also Kreise bzw. Landkreise und kreisfreien Städte bestimmt.

Von den 115 kreisfreien Städten und 329 Landkreisen im Bundesgebiet wird ein dichtes Netz von örtlichen Sozialämtern getragen. Die örtlichen Träger sind nach § 97 Abs. 1 SGB XII immer dann zuständig sind, wenn nicht eine Zuständigkeit der überörtlichen Träger bestimmt ist.

264 Im Zusammenhang mit der Definition der örtlichen und überörtlichen Träger in § 3 SGB XII (Rdnr. 28) wird den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, neben kreisfreien Städten und Kreisen auch kreisangehörige Gemeinden als örtliche Träger zu bestimmen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Eignung der Gemeinde geprüft wurde und diese ihr Einverständnis erklärt hat. Ergänzend hierzu ist in § 99 SGB XII vorgesehen, dass die Länder bestimmen können, inwieweit Landkreise ihnen zugehörige Gemeinden oder Gemeindeverbände zur Durchführung von Aufgaben heranziehen (so genannte Delegationsgemeinden). Ferner können die Länder vorsehen, dass überörtliche Träger der Sozialhilfe örtliche Träger sowie diesen zugehörige Gemeinden bzw. Gemeindeverbände zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben heranziehen.

265 Wer überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist, wird im SGB XII nicht bestimmt. Diese Festlegung ist allein Angelegenheit der Länder. Die Unterschiede im Verwaltungsaufbau der Länder führen hier zu unterschiedlichen Lösungen. So nehmen sowohl kommunale Selbstverwaltungskörperschaften als auch staatliche Behörden die Funktion der überörtlichen Träger wahr.

266 Die Unterscheidung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern begründet sich daraus, dass die überörtlichen Träger Aufgaben innerhalb der Sozialhilfe übernehmen, die eine über den örtlichen Bereich hinausgehende Bedeutung für die Allgemeinheit haben oder von besonderer finanzieller Tragweite sind. Deshalb sind nach § 97 Abs. 2 SGB XII die überörtlichen Träger für Leistungen der Eingliederungshilfe, für Leistungen der Hilfe zur Pflege, für Leistungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Leistungen der Blindenhilfe zuständig. Darüber hinaus können die Länder weitere Leistungen des SGB XII den überörtlichen Trägern zuweisen. Dabei haben die Länder allerdings darauf zu achten, dass für alle Leistungen, ausgenommen die Hilfen in anderen Lebenslagen, eine einheitliche sachliche Zuständigkeit besteht.

267 Welcher Träger der Sozialhilfe örtlich – dies heißt regional – zuständig ist, richtet sich nach § 98

SGB XII. Entscheidend ist, wo sich der Leistungsberechtigte tatsächlich aufhält; abweichend davon ist in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung der gewöhnliche Aufenthaltsort entscheidend. Bei stationären Leistungen ist der Träger zuständig, in dessen Bereich der Leistungsberechtigte zuletzt vor der Aufnahme in die Einrichtung seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Damit werden Sozialhilfeträger geschützt, in deren Zuständigkeitsbereich eine Einrichtung besteht, denn andernfalls würden alle Bewohner von Heimen in dessen Finanzierungszuständigkeit fallen.

### Sonstige Zuständigkeitsregelungen

268 Für die Sozialhilfe für Deutsche im Ausland (Rdnr. 70 ff) ist nach § 24 Abs. 4 SGB XII der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig, in dessen Zuständigkeitsbereich die antragstellende Person geboren wurde. Liegt der Geburtsort im Ausland oder kann er nicht ermittelt werden, so wird der zuständige überörtliche Träger von einer Schiedsstelle bestimmt. Diese Zuständigkeitsregelung gilt nach § 100 SGB XII auch für die sich aus der Deutschschweizerischen Fürsorgevereinbarung (Rdnr. 78 ff) übergangsweise noch ergebenden Erstattungspflichten der überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

### Kosten

269 Das Dreizehnte Kapitel des SGB XII fasst unter der Überschrift „Kosten“ in drei Abschnitten alle Vorschriften über Kostenerstattungen in der Sozialhilfe zusammen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um eine Übernahme der entsprechenden Vorschriften des BSHG.

### Rückzahlung von Sozialhilfe

270 Im Ersten Abschnitt sind mit den §§ 102 bis 105 SGB XII Vorschriften des Kostenersatzes, d. h. Rückzahlungsansprüche der Träger der Sozialhilfe für gezahlte Leistungen, enthalten.

271 Nach § 102 SGB XII sind nach dem Tod eines Leistungsberechtigten dessen Erben oder die Erben von dessen Ehegatten bzw. Lebenspartner, sofern diese vor dem Leistungsberechtigten sterben, zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe für den Leistungsbezug verpflichtet. Davon ausgenommen sind Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel (Rdnr. 148). Die so genannte Erbenhaftung ist Konsequenz

von aus sozialen und familiären Gründen bestehenden Ausnahmeregelungen vom Grundsatz des vollständigen Vermögenseinsatzes (Rdnr. 238 ff, 247 ff). Vermögen wird in diesen Fällen zu Lasten der Allgemeinheit verschont. Dies kommt nicht nur Ehegatten und Kindern von Leistungsberechtigten, sondern auch Erben, die möglicherweise dem verstorbenen Leistungsberechtigten nicht nahe gestanden hatten, zu Gute. In die Erbenhaftung ist deshalb auch geschütztes Vermögen des Ehegatten oder Lebenspartners einbezogen.

272 Ist der Leistungsberechtigte Erbe seines Ehegatten oder Lebenspartners, dann ist er – da sein Leistungsbezug bereits zu Lebzeiten des Ehegatten oder Lebenspartners Grund für den Vermögensschutz war – nicht ersatzpflichtig. Gleiches gilt für die Eltern als Erben von leistungsberechtigten minderjährigen Kindern. Für Erben der Ehegatten oder Lebenspartner von Leistungsberechtigten beschränkt sich die Erbenhaftung auf Sozialhilfekosten für Zeiten, in denen der Leistungsberechtigte und der Ehegatte oder Lebenspartner nicht getrennt gelebt hatten. Generell ist die Erbenhaftung auf die Sozialhilfekosten in den letzten zehn Jahren vor Eintritt des Erbfalls beschränkt. Der Anspruch des Sozialamtes auf Erbenhaftung erlischt in drei Jahren nach dem Tod der leistungsberechtigten Person, ihres Ehegatten oder Lebenspartners.

273 Die Ersatzpflicht aus dem Erbe zählt zu den Nachlassverbindlichkeiten, der Erbe haftet allerdings nur bis zur Höhe des Wertes des Nachlasses zum Zeitpunkt des Erbfalls. Von der Heranziehung der Erben ist in folgenden Fällen abzusehen:

- Das Erbe beträgt nicht mehr als Dreifache des Grundbetrages nach § 85 Abs. 1 SGB XII (Rdnr. 228). Dieser Betrag ist ein Freibetrag, d. h. nur das darüber liegende Erbe unterliegt der Ersatzpflicht. Bei mehreren Erben gilt dies für das gesamte Erbe. Bei einem Grundbetrag im 1. Halbjahr 2006 in Höhe von durchschnittlich 690 Euro in Westdeutschland und 662 Euro in Ostdeutschland, ergibt sich daraus ein Freibetrag von 2.070 Euro bzw. von 1.986 Euro.
- Unter folgenden Bedingungen, wenn der Wert des Erbes unter einem Freibetrag von 15.340 Euro liegt: Der Erbe war der Ehegatte oder Lebenspartner der leistungsberechtigten Person oder er war mit dieser verwandt und hat zum Todeszeitpunkt nicht nur vorübergehend (in der Regel: mindestens sechs Monate) mit ihr in häuslicher Gemeinschaft gelebt und sie gepflegt.

- Soweit die Erbenhaftung im Einzelfall eine besondere Härte bedeutet, ermöglicht dies auch eine beschränkte, d. h. nicht die gesamten erstattungspflichtigen Sozialhilfekosten umfassende Erbenhaftung.

274 Drei weitere Gründe für einen Kostenersatz sind im Ersten Abschnitt des Dreizehnten Kapitels enthalten:

- Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten (§ 103 SGB XII): Volljährige, die vorsätzlich oder grob fahrlässig bspw. mitteilungspflichtige Tatsachen verschwiegen haben und durch solch „sozialwidriges“ Tun oder Unterlassen die Voraussetzung für eine Sozialhilfeleistung herbeigeführt haben, sind zum Ersatz der zum Zeitpunkt der Leistungsgewährung rechtmäßig erbrachten Leistung entstandenen Kosten verpflichtet. Hier geht es nicht um Bestrafung, sondern um die Wiederherstellung des Nachrangs der Sozialhilfe. Nur in Härtefällen kann vom Kostenersatz abgesehen werden.
- Kostenersatz bei zu Unrecht erbrachten Sozialhilfeleistungen (§ 104 SGB XII): Der Grund für die sich nach § 103 SGB XII richtende Ersatzpflicht liegt hier in der Tatsache, dass die Leistung rechtswidrig erbracht wurde, der Verantwortliche (Leistungsberechtigter oder Dritter) dies wusste oder nur wegen grober Fahrlässigkeit nicht wusste und der Sozialhilfeträger den Leistungsbescheid aufgehoben hat. Auch hier ist folglich schuldhaftes Verhalten Voraussetzung für den Schadensersatz, etwa wenn bspw. falsche oder unvollständige Angaben durch den Leistungsberechtigten, seinen Betreuer oder Bevollmächtigten über Einkommens- und Vermögensverhältnisse gemacht werden.
- Die Kostenersatz für Doppelleistungen und nicht erstattungsfähige Unterkunftskosten (§ 105 SGB XII): Wenn ein vorrangig verpflichteter Leistungsträger in Unkenntnis der Leistungen der Sozialhilfe Leistungen erbracht hat, weil eine leistungsberechtigte Person den Sozialhilfeträger nicht über einen möglichen, aber noch nicht durchgesetzten Anspruch informiert hat, konnte dieser nicht rechtzeitig einen Erstattungsanspruch bei dem anderen Sozialleistungsträger anmelden. In diesem Fall sind Leistungsberechtigte zur Herausgabe der erhaltenen Leistung an den Träger der Sozialhilfe verpflichtet. Hier gibt es weder

ein Vertrauensschutz noch eine Härtefallklausel. Die Regelung zur Erstattungspflicht von Unterkunftskosten ist Konsequenz der Auswirkungen der Wohngeldreform für Leistungsberechtigte in der Hilfe zum Lebensunterhalt sowie in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Rdnr. 112 und 141). Im Falle einer Rückforderung beider Leistungen können von den Unterkunftskosten – ohne Heizungs- und Warmwasserkosten – 56% nicht zurückgefordert werden. Dadurch ist ausgeschlossen, dass sich die vollständige Übernahme der Unterkunftskosten durch die Sozialhilfe im Fall einer Rückforderung im Vergleich zu einem bis Jahresende 2004 bestehenden Wohngeldanspruch nachteilig für die Leistungsberechtigten auswirkt.

### **Kostenerstattung zwischen den Trägern der Sozialhilfe**

275 Der Zweite Abschnitt des Dreizehnten Kapitels enthält mit den §§ 106 bis 112 SGB XII Vorschriften über die Kostenerstattung in Leistungsfällen, wo mehr als ein Träger der Sozialhilfe in zeitlicher und örtlicher Hinsicht zuständig ist. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn ein örtlicher Träger der Sozialhilfe vorläufig leistet, obwohl ein überörtlicher Träger der Sozialhilfe zuständig ist. Der Umfang der Kostenerstattung ist auf den Leistungsumfang nach dem SGB XII beschränkt, ferner gilt eine Verjährungsfrist von vier Jahren. Die Länder können für Träger der Sozialhilfe in ihrem Bereich abweichende Regelungen für die Kostenerstattung schaffen.

### **Sonstige Regelung zur Kostenerstattung**

276 Im Dritten Abschnitt des Dreizehnten Kapitels sind mit den §§ 113 bis 115 SGB XII ergänzende Vorschriften enthalten. Danach gehen u. a. die Erstattungsansprüche der Träger der Sozialhilfe gegen andere nachrangig verpflichtete Leistungsträger einer Übertragung, Pfändung oder Verpfändung des Anspruchs vor.

### **Verfahrensbestimmungen**

277 Die im Vierzehnten Kapitel des SGB XII mit den §§ 116 bis 120 SGB XII enthaltenen Verfahrensbestimmungen regeln das administrative Verfahren der Sozialhilfeträger. Da die Träger der Sozialhilfe verfassungsrechtlich Teil der Länder sind (Rdnr. 9), gelten für sie die landesrechtlichen Verwaltungsvor-

schriften. Deshalb beschränkt sich das SGB XII auf grundlegende Verwaltungsbestimmungen, die zur bundeseinheitlichen Anwendung des Sozialhilferechts erforderlich sind.

### **Beteiligung sozial erfahrener Dritter**

278 Sofern nach Landesrecht nichts Abweichendes bestimmt ist, sind vor dem Erlass von allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach § 116 SGB XII sozial erfahrende Dritte zu hören. Dies sind vor allem Vertreter von Bedürftige betreuenden Vereinigungen oder von Vereinigungen von Sozialleistungsempfängern. Diese Vertreter sind – ebenfalls unter Vorbehalt abweichenden Landesrechts – auch bei Erlass eines Verwaltungsaktes über einen Widerspruch gegen die Ablehnung der Sozialhilfe oder gegen die Art und Höhe der Leistungsfestsetzung zu hören.

### **Pflicht zur Auskunft**

279 Von wesentlicher Bedeutung für Leistungsberechtigte und Dritte ist die Pflicht zur Auskunft nach § 117 SGB XII. So sind Unterhaltspflichtige, ihre nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner und die Kostenersatzpflichtigen verpflichtet, gegenüber dem Träger der Sozialhilfe die im Rahmen des SGB XII erforderlichen Auskünfte über ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse zu geben und auch entsprechende Belege und Ähnliches zur Verfügung zu stellen. Dies gilt im Rahmen der Unterhaltsvermutung in der Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 36 SGB XII (Rdnr. 90) auch für Personen, von denen trotz Aufforderung unwiderlegt vermutet wird, dass sie Leistungen zum Lebensunterhalt an andere Mitglieder der Haushaltsgemeinschaft erbringen. Die sich aus § 21 des Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ergebende Auskunftspflicht der Finanzbehörden über Einkommens- und Vermögensverhältnisse gilt für alle oben genannten Personen.

280 Auskunftspflichtig ist ferner, wer einer Person, die Leistungen der Sozialhilfe beantragt hat oder bezieht, Leistungen erbringt oder erbracht hat, durch die ein Sozialhilfeanspruch ausgeschlossen oder vermindert wird oder wurde. Gleiches gilt für Personen, die für Leistungsberechtigte Guthaben führen oder Vermögensgegenstände verwahren. Ferner sind Arbeitgeber verpflichtet, der Träger der Sozialhilfe Auskunft über ein Beschäftigungsverhältnis und Arbeitsentgelt von bei ihm beschäftigten Leistungsberechtigten, Unterhaltspflichtigen und nicht getrennt lebenden Ehegatten und Lebenspartner zu geben.

281 Die Auskunftspflichtigen können nur Angaben verweigern, mit denen sie sich oder ihnen im Sinne der Zivilprozessordnung nahe stehende Personen der Gefahr ausgesetzt würden, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Werden Auskünfte vorsätzlich oder fahrlässig nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt, liegt eine Ordnungswidrigkeit vor, die mit einer Geldbuße geahndet werden kann.

### **Überprüfung durch automatisierten Datenabgleich**

282 Ebenfalls von erheblicher Bedeutung für die Überprüfung einer Leistungsberechtigung sind die Vorschriften zu Überprüfung und Verwaltungshilfe in § 118 SGB XII. So können die Träger der Sozialhilfe regelmäßig über einen automatisierten Datenabgleich folgende Informationen über Leistungsberechtigte abrufen:

- Ob, in welcher Höhe und für welche Zeiträume Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung (Auskunftsstellen) bezogen wurden. Gegenüber anderen Sozialleistungsträgern wie Kranken- und Pflegeversicherung können Informationen nur im Einzelfall im Wege der Amtshilfe nach dem SGB X eingeholt werden.
- Ob und in welchem Umfang Zeiten des Sozialhilfebezugs mit Zeiten einer Versicherungspflicht in der Sozialversicherung oder einer geringfügigen Beschäftigung zusammentreffen.
- Ob und welche Daten dem Bundesamt für Finanzen über Freistellungsaufträge im Rahmen der Zinsbesteuerung (§ 45d Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes) übermittelt worden sind.
- Ob und in welcher Höhe ein steuerlich gefördertes Altersvorsorgekapitel (§ 90 Abs. 2 Nr. 2, § 10a oder Abschnitt XI des Einkommensteuergesetzes) nicht mehr diesem Zweck dient, also anderweitig verwendet wird.

Bei den auf Anfrage der Sozialämter von den Auskunftsstellen übermittelten Informationen handelt es sich um Sozialdaten, die dem Sozialdatenschutz unterliegen. Die Daten dürfen ausschließlich zur Überprüfung der obigen Zwecke dienen und müssen nach Durchführung des Abgleichs gelöscht werden.

283 Im Wege eines automatisierten Datenabgleichs kann ein Sozialhilfeträger auch überprüfen, ob Leis-

tungsbezieher zusätzlich noch von einem anderen Träger der Sozialhilfe Leistungen beziehen oder bezogen haben.

284 Ferner haben die Träger der Sozialhilfe zur Vermeidung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialhilfe die Möglichkeit, Daten von Leistungsbezieher bei anderen Stellen der eigenen Verwaltung, bei deren wirtschaftlichen Unternehmen (Eigenbetriebe), bei Kreisen, Kreisverwaltungsbehörden und Gemeinden zu überprüfen, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben erforderlich ist. Abgefragt im Wege des automatisierten Datenabgleichs kann dabei u. a., für welche Zeiträume und in welcher Höhe Leistungen wie Energie, Wasser, Fernwärme oder Abfallentsorgung bezogen wurden; darüber hinaus auch, ob jemand als Fahrzeughalter registriert ist.

285 Vom automatisierten Datenabgleich sind nur Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ausgenommen. Dies ist Konsequenz des nur in der Grundsicherung geltenden Antragsprinzips: Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse sind regelmäßig bei der Stellung des (Folge-) Antrags zu überprüfen (Rdnr. 149).

286 Die Einzelheiten über das Verfahren des automatisierten Datenabgleichs mit anderen Sozialleistungsträgern bzw. anderen Sozialhilfeträgern sind in der Sozialdatenabgleichsverordnung (Verordnung zur Durchführung des § 118 Abs. 1 und 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) geregelt, die Verordnungsermächtigung ist in § 120 SGB XII enthalten.

### **Statistik**

287 Die Vorschriften über die Statistik der Sozialhilfe sind im Fünfzehnten Kapitel in den §§ 121 bis 129 zusammengefasst. Die Sozialhilfestatistik wird vom Statistischen Bundesamt als Bundesstatistik durchgeführt und soll der Beurteilung der Auswirkungen der Sozialhilfe sowie ihrer Fortentwicklung dienen. Statistisch erfasst werden die Daten von den Trägern der Sozialhilfe, deren Ergebnisse werden von den statistischen Landesämtern auf Landesebene zusammengefasst und vom Statistischen Bundesamt ausgewertet und veröffentlicht. Dies sind neben den Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe die Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel. Die Ergebnisse der Bundesstatistik werden in der Regel einmal jährlich veröffentlicht.



288 Die Statistik für Leistungsempfänger wird jeweils als Bestandserhebung zum 31. Dezember eines Jahres durchgeführt.

- In der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel werden die Leistungsempfänger erfasst, wenn die Leistung für mindestens einen Kalendermonat geleistet wurde. Erfasst werden u. a. die persönlichen Merkmale wie Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Staatsangehörigkeit, bei Ausländern der aufenthaltsrechtliche Status, Stellung als Haushaltsvorstand sowie die Art der geleisteten Mehrbedarfe. Bei Personengemeinschaften, für die eine gemeinsame Bedarfsberechnung erfolgt, und für einzelne Leistungsempfänger werden erhoben: Wohnortgemeinde und Gemeindeteil, Art des Trägers und der Leistung in und außerhalb von Einrichtungen, Zeitpunkt des Beginns und gegebenenfalls Beendigung der Leistung, monatlicher Bruttobedarf und Anspruch, anerkannte monatliche Bruttokaltmiete, Art und Höhe der angerechneten oder in Anspruch genommenen Einkommen und übergegangenen Ansprüche, Zahl aller Haushaltsmitglieder und der Leistungsempfänger im Haushalt.
- Für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden die in der Hilfe zum Lebensunterhalt zu erhebenden Merkmale übernommen, soweit sie für die Leistung relevant sind. So entfällt die Erhebung von Personengemeinschaften, weil es diese in der Grundsicherung nicht gibt.
- Auch die Statistik für Leistungen der Hilfen zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege, der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und der Hilfe in anderen Lebenslagen orientiert sich hinsichtlich der persönlichen Erhebungsmerkmale an denen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Hinzu kommen Art der Leistung und Ausgaben je Fall, Beginn und Ende der Leistungserbringung und Art der Unterbringung sowie weitere leistungsspezifische Erhebungsmerkmale.

289 Bei den Einnahmen und Ausgaben der Sozialhilfeträger wird die statistische Erhebung differenziert nach der Art des Trägers, Ausgaben und Einnahmen jeweils in und außerhalb von Einrichtungen, unterteilt nach Einnahmenarten und Leistungen. Bei Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden zusätzlich Anzahl und

Kosten für die von den Trägern der Rentenversicherung durchzuführenden Gutachten erfasst (Rdnr. 150 und 155).

290 Zur Bestimmung der Einzelheiten der für die Sozialhilfestatistik durchzuführenden Erhebungen kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Inneren und mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung erlassen.

## Finanzierung und Kostenentwicklung

### Finanzierung

291 Nach der verfassungsrechtlichen Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern tragen die Länder die Kosten der Sozialhilfe. Die Kommunen, also kreisfreie Städte und Kreise, sind verfassungsrechtlich Teil der Länder (Rdnr. 9). Die Länder haben deshalb für eine ausgabenadäquate Finanzausstattung ihrer Kommunen Sorge zu tragen. Als örtliche Träger der Sozialhilfe haben die Kommunen deshalb Sozialhilfeausgaben sowohl aus den ihnen zustehenden Steuereinnahmen als auch aus den Zuwendungen im Rahmen des (landesinternen) kommunalen Finanzausgleichs zu bestreiten. Die Leistungen der überörtlichen Träger – und damit der überwiegende Teil der oftmals in Einrichtungen erbrachten Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel des SGB XII – werden teilweise aus Landesmitteln und teilweise durch die Kommunen finanziert; die entsprechenden Regelungen sind in den Ländern unterschiedlich.

292 Der Bund beteiligt sich lediglich an den Aufwendungen für die Sozialhilfe an Deutsche im Ausland (Rdnr. 70 ff). In der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung übernimmt der Bund in Form eines über das Wohngeldgesetz an die Länder zu zahlenden Festbetrags diejenigen Kosten, die über das Recht der Hilfe zum Lebensunterhalt hinausgehen (so genannte grundsicherungsbedingte Mehrkosten, vgl. Rdnr. 153 ff).

### Kostenentwicklung

293 Die Kosten für Sozialhilfeleistungen stellen insbesondere für Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe eine erhebliche Kostenbelastung dar. Feststellbar ist, dass sich die Sozialhilfekosten während der Geltungsdauer des BSHG (und damit ohne die



**Kostenentwicklung in der Sozialhilfe 1963 bis 2004  
(ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)**

Jahr	Sozialhilfe insgesamt			Hilfe zum Lebensunterhalt		Hilfe in besonderen Lebenslagen	
	Mio. Euro	Veränderung zum Vorjahr in %	je Einwohner	Mio. Euro	Veränderung zum Vorjahr in %	Mio. Euro	Veränderung zum Vorjahr in %
<b>Früheres Bundesgebiet</b>							
1963	951		17	438		513	
1970	1705		28	604		1102	
1975	4297		69	1547		2751	
1980	6783		110	2218		4564	
1985	10647		175	4103		6544	
1990	16250		257	6635		9615	
<b>Deutschland</b>							
1991	19090		239	7284		11807	
1992	21782	+ 14,1	270	8040	+ 10,4	13742	16,4
1993	25012	+ 14,8	308	9212	+ 14,6	15800	15,0
1994	25428	+ 1,7	312	8666	- 5,9	16761	+ 6,1
1995	26669	+ 4,9	327	9605	+ 10,8	17065	+ 1,8
1996	25458	- 4,5	311	9926	+ 3,3	15532	- 9,0
1997	22776	- 10,5	278	10318	+ 4,0	12458	- 19,8
1998	23030	+ 1,1	281	10543	+ 2,2	12488	+ 0,2
1999	22978	- 0,2	280	10044	- 4,7	12934	+ 3,6
2000	23319	+ 1,5	284	9777	- 2,7	13542	+ 4,7
2001	23942	+ 2,7	291	9669	- 1,1	14273	+ 5,4
2002	24652	+ 3,0	299	9828	+ 1,6	14824	+ 3,9
2003	25590	+ 3,8	310	9817	- 0,1	15773	+ 6,4
2004	26351	+ 3,0	319	9981	+ 1,7	16370	+ 3,8

2003 eingeführte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) je Einwohner innerhalb von 42 Jahren um das 28-fache erhöht haben (siehe Tabelle), das Bruttoinlandsprodukt als gesamtwirtschaftliche Leistung hat sich hingegen im gleichen Zeitraum nur um 11-fache erhöht.

Ausgaben in der Abgrenzung nach BSHG: Sonstige Hilfen in besonderen Lebenslagen umfassen Leistungen nach dem Achten und Neunten Kapitel SGB XII

294 Die obenstehende Tabelle zeigt, dass die Kosten der Hilfe zum Lebensunterhalt und die Kosten der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die mit Abstand größten Ausgabenposten darstellen. Ab dem Jahr 2005 – die statistischen Daten liegen erst zum Jahresende 2006 vor – wird sich die Höhe und Zusammensetzung der Sozialhilfekosten wegen des In-Kraft-Tretens von SGB XII und SGB II erheblich

verändern: Die Ausgaben in der Hilfe zum Lebensunterhalt werden sich auf einen Bruchteil des Vorjahreswertes vermindern, die Ausgaben in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden, da im Jahr 2005 erstmals Bestandteil der Sozialhilfe, hinzu kommen.

## Rechtsschutz

295 Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten auf dem Gebiet des Sozialhilferechts, insbesondere für Klagen gegen Bescheide der Sozialhilfeträger, sind seit 1. Januar 2005 nicht mehr die Verwaltungsgerichte, sondern die Sozialgerichte zuständig. Diese Änderung ist im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige im SGB II zu sehen: Für Leistungsberechtigte nach SGB II und nach SGB XII gilt der gleiche Rechtsweg.

## Kosten für Leistungsarten im Jahr 2004

	Ausgaben in Mio. Euro	Anteil an Gesamtausgaben in %
Gesamtausgaben Sozialhilfe (brutto)	26.351	100
davon:		
Hilfe zum Lebensunterhalt	9.981	37,9
Hilfen zur Gesundheit	1.392	5,3
Eingliederungshilfe	11.487	43,6
Hilfe zur Pflege	3.142	11,9
Sonstige Hilfe in besonderen Lebenslagen	350	1,3
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach GSiG		
Leistungsausgaben (brutto)	2216	
Kosten der Sozialhilfe für einmalige Leistungen für Grundsicherungsberechtigte nach BSHG	60	

## Rechtsquellen

Sozialgesetzbuch

Rechtsverordnungen zum SGB XII:

Regelsatzverordnung - RSV (Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Eingliederungshilfe-Verordnung (Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Einkommens-Verordnung (Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Vermögensschutz-Verordnung (Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Sozialdatenabgleichsverordnung (Verordnung zur Durchführung des § 118 Abs. 1 und 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Verordnung zur Durchführung der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Sonstige Verordnungen:

Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung)

# 13

## Organisation und Selbstverwaltung

### Organisation und Selbstverwaltung

1 Sozialversicherung und Selbstverwaltung – das sind in der mehr als 100-jährigen Geschichte der Sozialversicherung in Deutschland zwei untrennbar miteinander verbundene Begriffe. Von den Anfängen der sozialen Sicherung an waren die verschiedenen damit befassten Institutionen selbstverwaltet, nicht zuletzt ausgehend und beeinflusst von den Ideen des Freiherrn vom Stein und der mit seinem Namen verbundenen preußischen Städteordnung von 1808. Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und kommunale Selbstverwaltung sind auch heute noch von ihren Grundprinzipien her vergleichbar. Allerdings weist die Sozialversicherung ganz spezifische Besonderheiten auf.

So wird die Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland nicht durch allgemeine staatliche oder kommunale Verwaltungen, sondern durch eigenständige Verwaltungen mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgeführt. Die Sozialverwaltung gliedert sich in die drei klassischen Zweige der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung. Die Pflegeversicherung ist dagegen kein eigener Zweig der Sozialversicherung, Träger der Pflegeversicherung sind vielmehr die Pflegekassen, die bei jeder Krankenkasse errichtet sind.

### Mitwirkung und Mitverantwortung

2 Tragendes Prinzip der Sozialversicherung ist die Mitwirkung und Beteiligung der Betroffenen durch die Selbstverwaltung der Träger der Sozialversicherung. Bereits die als Gründungsakt der deutschen Sozialversicherung anzusehende „Kaiserliche Botenschaft“ vom 17.11.1881 spricht von der Lösung der sozialen Aufgaben „in der Form kooperativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung“, die „die Lösung auch von Aufgaben

möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde“. Damit war das auch heute noch gültige Wesensprinzip der sozialen Selbstverwaltung im Grundsatz ausgesprochen.

Die Träger der Sozialversicherung erfüllen öffentliche Aufgaben eigenverantwortlich in eigenem Namen durch eigene Organe unter Aufsicht des Staates und sind in Form öffentlich-rechtlicher Körperschaften mit Selbstverwaltung organisiert.

Den eigentlichen Kern der Selbstverwaltung macht jedoch die unmittelbare Beteiligung der Betroffenen durch gewählte Selbstverwaltungsorgane aus. In ihnen sind ehrenamtlich tätige Vertreter der Betroffenen, in der Regel Versicherte und Arbeitgeber, an der Durchführung der Sozialverwaltung beteiligt. So können anstehende Probleme unter Mitwirkung und Mitverantwortung aller Beteiligten sachgerecht und lebensnah gelöst werden.

3 Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie, sie sorgt dafür, dass die Sozialversicherung im Bewusstsein der Betroffenen wie der gesamten Bevölkerung fest verwurzelt ist. Die vielen Tausend in ihr ehrenamtlich tätigen Vertreter der beteiligten Sozialpartner garantieren den unmittelbaren Kontakt zur Bevölkerung besser als jede Bürokratie es könnte. Vorteile ergeben sich daraus in zwei Richtungen: Die Selbstverwaltung kann die Bedürfnisse der Betroffenen aufnehmen und entweder durch eigenes Handeln oder durch Einwirken auf den Gesetzgeber umsetzen. Umgekehrt ist sie besser im Stande, dem Bürger gesetzliche Grundlagen und die daraus resultierenden Probleme in der täglichen Praxis eines Verwaltungsträgers zu vermitteln.

Dieses System des Miteinanders aller Beteiligten hat sich von den ersten Anfängen einer Sozialversicherung bis heute auch und gerade in kritischen Situationen immer wieder bewährt.

## Geschichtliche Entwicklung

4 Bereits vor der genannten „Kaiserlichen Botschaft“ gab es in Deutschland unterschiedliche Formen der Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern an der Selbstverwaltung, insbesondere im Bergbau. So erfolgte die Verwaltung der Knappschaftsvereine in Preußen durch einen Knappschaftsvorstand, der je zur Hälfte von Arbeitgebern und Knappschaftsältesten gewählt wurde. Die Knappschaftsvereine waren die erste öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung, die auch erste Elemente einer Invalidenversicherung enthielt. Trotz einer Vielzahl von Versicherungen war jedoch Mitte des 19. Jahrhunderts nur ein relativ geringer Teil der Bevölkerung erfasst. Zudem waren die Leistungen bei weitem nicht ausreichend.

Im Gefolge der „Kaiserlichen Botschaft“ von 1881 entstand dann die deutsche Sozialversicherung in ihren heute noch bestehenden Grundzügen als Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung. Die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane war unterschiedlich, je nachdem, wie die Beiträge aufgebracht und aufgeteilt wurden.

5 Mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 wurden die Versicherungsträger rechtsfähig in Form von Körperschaften oder Anstalten öffentlichen Rechts. Allen Trägern gemeinsam war der Vorstand, der sie nach außen vertrat und nach innen verwaltete. Daneben gab es ein weiteres, unterschiedlich benanntes Selbstverwaltungsorgan, das neben weiteren Aufgaben vor allem das Recht der autonomen Rechtsetzung erhielt.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurden auch in der Sozialversicherung die im Dritten Reich beseitigten demokratischen Verhältnisse allmählich wiederhergestellt. 1951 trat in der Bundesrepublik das Selbstverwaltungsgesetz in Kraft, das in der Folgezeit mehrfach geändert wurde. Die ersten Sozialwahlen nach dem Krieg fanden 1953 statt. In den siebziger Jahren erfolgten dann weitere Änderungen, die ihren Abschluss mit dem In-Kraft-Treten des Vierten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB IV) am 01.07.1977 fanden. Das SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – löste das Selbstverwaltungsgesetz ab. Im SGB IV sind alle Regelungen für die Selbstverwaltung der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Altershilfe für Landwirte zusammengefasst. Die Arbeitslosenversicherung ist im dritten Buch des SGB geregelt.

## Aufgabe und Funktion

6 Arbeitnehmer und Arbeitgeber wirken über gewählte Vertreter in den Organen an der Willensbildung und Aufgabenerfüllung der Versicherungsträger mit. An erster Stelle gehört dazu die Befugnis, die innere Ordnung der Versichertengemeinschaft und die Rechte und Pflichten ihrer Mitglieder im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. Dadurch kann die Sozialversicherung auf veränderte Bedürfnisse und Rahmenbedingungen schnell und flexibel unter Mitwirkung aller Beteiligten reagieren. Sie kann aber auch vorausschauend tätig werden, so etwa auf den Feldern der Gesundheitsvorsorge, der Unfallverhütung und der Rehabilitation.

7 Wichtigstes Instrument der eigenverantwortlichen Rechtsetzung ist die Befugnis zur Satzungsgebung. Mit der Satzung, sozusagen der Verfassung des Versicherungsträgers, regelt die Selbstverwaltung in erster Linie den rechtlichen und organisatorischen Aufbau des Versicherungsträgers. Eine Satzung ist für alle Zweige der Sozialversicherung gesetzlich vorgeschrieben.

In der Kranken- und Unfallversicherung obliegt der Selbstverwaltung auch die Festsetzung der Beiträge, ein außerordentlich bedeutsames Recht, hat es doch für alle Mitglieder unmittelbare finanzielle Konsequenzen. Weitere, unterschiedliche Regelungsbefugnisse existieren in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung, so in den Krankenordnungen der Krankenversicherung, den Unfallverhütungsvorschriften und Gefahrtarifen der Berufsgenossenschaften wie auch in den Dienstordnungen von Kranken- und Unfallversicherung.

Wenn auch die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung durch gesetzliche Regelungen großenteils vorgegeben sind, so bleibt ihr immer noch ein weitgehender Gestaltungsraum.

## Versicherungsträger

8 In der „gegliederten“ Sozialversicherung werden die Aufgaben durch verschiedene Versicherungsträger wahrgenommen. Seit In-Kraft-Treten des SGB IV ist allen die Eigenschaft als rechtsfähige Körperschaft mit Selbstverwaltung gemeinsam.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher, finanziell und organisatorisch selbständiger Versicherungsträger:

- 17 Allgemeine Ortskrankenkassen,
- 229 Betriebskrankenkassen im Wesentlichen für größere Betriebe,
- 20 Innungskrankenkassen für das Handwerk,
- 9 Landwirtschaftliche Krankenkassen,
- 7 Ersatzkassen für Angestellte,
- 3 Ersatzkassen für Arbeiter,
- 1 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die auch Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie der Seekrankenkasse ist.

Die Ortskrankenkassen sind auf Landesebene oder Teilen von Ländern organisiert. Ähnliches gilt für die Innungskrankenkassen, die jedoch überwiegend in kleineren Einheiten bzw. Landesteilen arbeiten. Die Arbeiter-Ersatzkassen sind entweder nach Branchen oder regional organisiert. Sie haben von der Mitgliederzahl her nur eine geringe Bedeutung. Im Gegensatz dazu sind die Angestellten-Ersatzkassen bundesweit mit einem einheitlichen Beitragssatz organisiert.

9 Zur Wahrnehmung gemeinsamer Aufgaben, aber auch zur besseren Vertretung ihrer Interessen Dritten gegenüber, haben sich die Krankenkassen zu Landes- und Bundesverbänden zusammengeschlossen, die ihrerseits Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Es existieren ein

- Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Essen,
- Bundesverband der Innungskrankenkassen in Bergisch-Gladbach,
- Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Kassel,
- Bundesverband der Angestelltenkrankenkassen in Siegburg sowie
- Bundesverband der Arbeiter-Ersatzkassen in Siegburg.

10 In der Unfallversicherung existiert ebenfalls eine Vielzahl von Versicherungsträgern:

- 34 gewerbliche Berufsgenossenschaften einschließlich der See-Berufsgenossenschaft,
- 10 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften sowie

- 24 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Während die gewerblichen Berufsgenossenschaften nach Branchen gegliedert sind, erstrecken sich die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Feuerwehrunfallkassen auf bestimmte Regionen.

Die Aufgaben der weiteren Träger der Unfallversicherung wie Bund, Bundesagentur für Arbeit, Länder und bestimmte Gemeinden über 500.000 Einwohner nehmen Ausführungsbehörden für Unfallversicherung wahr. Obwohl sie keine eigenständigen Versicherungsträger sind, werden auch bei ihnen Selbstverwaltungsorgane nach dem SGB IV gebildet.

11 Die Träger der Unfallversicherung haben sich in folgenden Verbänden in Form eingetragener Vereine zusammengeschlossen:

- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. (HVBG) in St. Augustin,
- Bundesverband der Unfallkassen (BUK) in München und
- Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V. (BLB) in Kassel.

12 In der Rentenversicherung gibt es relativ wenige Versicherungsträger (Stand 01.01.2006):

- 17 Regionalträger (die ehemaligen Landesversicherungsanstalten),
- 1 Deutsche Rentenversicherung Bund (die ehemalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) und
- 1 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Zusammenschluss von Bundesknappschaft, Bundesbahnversicherungsanstalt und Seekasse).

### Organe der Selbstverwaltung

13 Bei den Versicherungsträgern außer den Krankenkassen sind als Selbstverwaltungsorgane eine Vertreterversammlung und ein Vorstand zu bilden; die Geschäftsführung gehört dem Vorstand mit beratender Stimme an. Durch Art. 3 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde bei den Krankenkassen mit Wirkung vom 01.01.1996 eine neue Struktur der Selbstverwaltung eingeführt. Vertreterversammlung und Vorstand wurden durch einen Verwaltungsrat als alleiniges ehrenamtliches Organ abgelöst, der

# 13

## Organisation und Selbstverwaltung

Geschäftsführer oder die Geschäftsführung durch den nunmehr hauptamtlichen Vorstand ersetzt. Die Organe der einzelnen Versicherungsträger sind in der Regel paritätisch durch Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber zusammengesetzt. Die folgende Übersicht verdeutlicht die Besetzung bei den einzelnen Versicherungsträgern:

Sozialversicherungsträger	Versicherte	Arbeitgeber
<b>Rentenversicherung</b>	1/2	1/2
Ausnahmen:		
Deutsche Rentenversicherung		
Knappschaft-Bahn-See	2/3	1/3
<b>Krankenversicherung</b>	1/2	1/2
Ausnahmen:		
Betriebskrankenkassen	1/2*)	1/2*)
Deutsche Rentenversicherung		
Knappschaft-Bahn-See	2/3	1/3
Bundesknappschaft	2/3	1/3
Ersatzkassen	1/1	–
<b>Unfallversicherung</b>	1/2	1/2
Ausnahme:		
Landwirtschaftliche	1/3	1/3
Berufsgenossenschaften	1/3	
	Selbständige ohne fremde Arbeitskräfte	

\*) Der Arbeitgeber ist nur durch einen Vertreter Mitglied eines Organs, dieser hält aber die Hälfte der Stimmen.

14 Die von der Parität abweichende Zusammensetzung der Organe bei verschiedenen Versicherungsträgern hat überwiegend historische Ursachen. So trugen in der Knappschaft ursprünglich die Versicherten zwei Drittel und die Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge. Die Ersatzkassen waren zunächst rein privatrechtliche Versicherungsunternehmen. Von daher war auch das Versicherungsverhältnis privatrechtlich, und zwar ausschließlich im Verhältnis zwischen Versichertem und der jeweiligen Ersatzkasse. Daher sind bis heute ausschließlich Vertreter der Versicherten in den Organen der Ersatzkassen.

Die Zusammenarbeit von Arbeitgebern und Versicherten in der sozialen Selbstverwaltung hat sich seit ihren Anfängen immer wieder bewährt. Sie ist der Garant für einen Interessenausgleich zwischen den Sozialpartnern.

### Sozialversicherungswahlen

15 Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane werden alle sechs Jahre durch freie und geheime Wahlen, die Sozialversicherungswahlen, ermittelt. Versicherte und Arbeitgeber wählen die Vertreter ihrer Gruppe getrennt auf Grund von Vorschlagslisten. Bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung kommt noch die Gruppe der Selbständigen ohne fremde Ar-

beitskräfte hinzu. In der Knappschaftsversicherung dagegen wählen die Wahlberechtigten zunächst die Knappschaftsältesten, die dann ihrerseits die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen.

16 Wahlberechtigt ist jeder, der am Stichtag für das Wahlrecht zu einer der Gruppen eines Versicherungsträgers gehört, das 16. Lebensjahr vollendet hat und seine Wohnung im Gebiet der Bundesrepublik hat, sich gewöhnlich in ihm aufhält oder in ihm beschäftigt ist. Wählbar ist, wer darüber hinaus volljährig ist, das Wahlrecht zum Deutschen Bundestag besitzt und im Bezirk des Versicherungsträgers oder nicht mehr als 100 Kilometer davon entfernt seine Wohnung hat, sich gewöhnlich aufhält oder beschäftigt ist. Daneben sind auch Beauftragte wählbar, sofern sie von einer der Gruppen vorgeschlagen werden. Ihre Zahl darf ein Drittel der Gruppenmitglieder eines Organs nicht übersteigen. Nicht wählbar sind unter anderem Beschäftigte des Versicherungsträgers.

17 Die Aufstellung der Kandidaten auf den Vorschlagslisten nehmen in erster Linie die Sozialpartner, d. h. auf der einen Seite die Gewerkschaften und „andere selbständige Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung“ (sonstige Arbeitnehmervereinigungen), auf der anderen Seite Arbeitgebervereinigungen vor. Daneben sind auch die Verbände dieser Organisationen vorschlagsberechtigt.

18 Als Gewerkschaften sind neben den Einzelgewerkschaften des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) und des Christlichen Gewerkschaftsbundes (CGB) auch die Gewerkschaft der Sozialversicherung sowie der Deutsche Handels- und Industrieangestellter-Verband anerkannt.

19 Die sonstigen Arbeitnehmervereinigungen müssen allerdings, um zur Wahl zugelassen zu werden, eine Reihe von gesetzlich festgelegten Voraussetzungen erfüllen, die sie darzulegen haben. So müssen sie die Gewähr für die Ernst- und Dauerhaftigkeit ihrer sozial- oder berufspolitischen Zwecksetzung bieten. Diese kann sich aus Umfang und Festigkeit der Organisation, aus der Anzahl der beitragszahlenden Mitglieder und aus Art und Umfang ihrer Öffentlichkeitsarbeit ergeben. Die Tätigkeit darf sich nicht auf die Einreichung von Vorschlagslisten zu den Sozialversicherungswahlen beschränken, sie muss vielmehr der Verwirklichung sozialer oder beruflicher Ziele dienen. Es dürfen nur Arbeitnehmer Mitglied sein; der Einfluss von Beschäftigten des Versiche-



Träger, für den die Liste aufgestellt werden soll, darf ein bestimmtes Maß nicht überschreiten. Nicht zuletzt muss eine Arbeitnehmervereinigung eine Satzung haben, die vereinsrechtlichen Mindestanforderungen entspricht. Die Entscheidung über die erstmalige Zulassung als vorschlagsberechtigte Vereinigung trifft der Wahlausschuss des jeweiligen Versicherungsträgers oder in bestimmten Fällen der Bundesbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen. Die sonstigen Arbeitnehmervereinigungen spielen lediglich bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und bei den Ersatzkassen eine größere Rolle.

20 Auf der anderen Seite sind Arbeitgebervereinigungen und deren Verbände, wie z. B. die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), vorschlagsberechtigt.

21 Neben den Organisationen sind unter bestimmten Voraussetzungen, wie einer bestimmten Anzahl von Unterstützungsunterschriften je nach Größe des Versicherungsträgers, auch Versicherte und Arbeitgeber vorschlagsberechtigt. Sie können „freie Listen“ einreichen.

22 Gewählt wird ausschließlich in Form der Briefwahl. Dazu werden den Wahlberechtigten die notwendigen Wahlunterlagen entweder durch den Versicherungsträger übersandt oder etwa im Betrieb ausgehändigt. Für die Wahlberechtigten entstehen für die Rücksendung des Wahlbriefs durch die Post an den jeweiligen Versicherungsträger keine Kosten. Die näheren Einzelheiten des Wahlverfahrens regelt der Bundesminister für Arbeit und Soziales durch eine Rechtsverordnung, die Wahlordnung für die Sozialversicherung.

23 Anders als bei den staatlichen und kommunalen Wahlen kommt es in der Sozialversicherung aber nicht auf jeden Fall zu einer echten Wahlhandlung. Reichen die Mitglieder einer Gruppe, etwa die Gewerkschaften, nur eine Vorschlagsliste ein oder werden auf mehreren Vorschlagslisten insgesamt nicht mehr Kandidaten benannt, als Organmitglieder zu wählen sind, gelten die vorgeschlagenen Kandidaten ohne weitere Wahlhandlung als gewählt. Eine solche „Friedenswahl“ ist in der Praxis nicht selten. 1999 wurde nur bei 15 von insgesamt etwa 550 Versicherungsträgern gewählt, so bei der BfA und 6 von 13 Ersatzkassen, und dass auch nur auf der Versichertenseite. Die Arbeitgeber hatten sich überall auf gemeinsame Vorschlagslisten geeinigt. Der Einigung auf eine Vorschlagsliste geht innerhalb einer Gruppe

ein demokratischer Willensbildungs- und Entscheidungsprozess voraus, so dass in der Regel durchaus eine ausreichende regionale, branchenmäßige und fachliche Ausgewogenheit erzielt wird. Da die Sozialversicherungswahlen nicht flächendeckend bei allen Sozialversicherungsträgern stattfinden, erreichen sie nicht die Bedeutung staatlicher Wahlen.

### Vertreterversammlung

24 Die Vertreterversammlung ist das höchste Organ jedes Versicherungsträgers. Ihr obliegt als zentrale Befugnis die autonome Rechtsetzung, die zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört. Die Vertreterversammlung geht unmittelbar aus den Sozialversicherungswahlen hervor, sie wird direkt gewählt. Aus diesen Gründen wird sie vielfach als das „Parlament“ eines Versicherungsträgers oder als „Legislative“ bezeichnet. Die Anzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung ist in der Satzung entsprechend der Größe des Versicherungsträgers zu regeln, als Obergrenze hat der Gesetzgeber 60 Mitglieder vorgegeben.

25 Wichtigster Bestandteil der autonomen Rechtsetzung ist das Recht zur Satzungsgebung. Die Satzung ist die Grundordnung, gewissermaßen die „Verfassung“ des Versicherungsträgers. Sie regelt im Rahmen der bestehenden Gesetze den rechtlichen und organisatorischen Aufbau des Trägers. Ein bestimmter Mindestinhalt ist für die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung in den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen vorgegeben.

26 Eine ganz wesentliche Befugnis ist in diesem Zusammenhang die Beitragshoheit in der Kranken- und Unfallversicherung. In der Krankenversicherung sind Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge im Rahmen bestimmter gesetzlicher Vorgaben in der Satzung zu regeln. Deshalb können sich bei nicht bundesweit organisierten Krankenkassen regional unterschiedliche Beitragssätze ergeben. Die Unfallversicherung setzt ihre ausschließlich durch die Unternehmer zu erbringenden Beiträge ebenfalls mittels Satzung fest. Sie hat dabei weitergehende Handlungsfreiheit als die Krankenversicherung. Die Rentenversicherung kennt dagegen keine Beitragshoheit, die Beitragsfestsetzung erfolgt bei ihr durch gesetzliche Regelung.

27 Da die Sozialversicherung eine gesetzliche Zwangsversicherung ist, müssen alle Versicherten im Wesentlichen gleiche Leistungsansprüche haben. Daher sind die so genannten Regelleistungen gesetzlich geregelt und für alle Träger eines Versicherungs-

zweiges identisch. Insoweit hat die Selbstverwaltung auf die Leistungen keinen Einfluss.

28 Über die Regelleistungen hinaus können jedoch Mehrleistungen durch Regelung in der Satzung erbracht werden. In der Krankenversicherung betrifft dies bspw. die Bereiche der Vorsorge, der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe. Die Unfallversicherung kann in der Satzung für bestimmte Personenkreise, die ehrenamtlich im Interesse der Allgemeinheit tätig sind, Mehrleistungen vorsehen. Auch in der Rentenversicherung können durch Beschluss ergänzende Mehrleistungen vor allem im Bereich der Rehabilitation erbracht werden, wozu es allerdings keiner Regelung in der Satzung bedarf.

29 Neben der Satzung beschließt die Vertreterversammlung über das sonstige autonome Recht. Dazu zählen bspw. die Krankenordnungen der Krankenversicherung, die Unfallverhütungsvorschriften und Gefährtarife der Berufsgenossenschaften, die Dienstordnungen bei beiden wie auch die Entschädigungsregelungen für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und der Versichertenältesten in allen Zweigen.

Weiter hat die Vertreterversammlung in allen anderen Fällen zu beschließen, die Gesetz und sonstiges Recht vorsehen. So stellt sie den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan fest und beschließt über die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung hinsichtlich der Jahresrechnung.

30 Nicht zuletzt wählt die Vertreterversammlung den Vorstand. Dies geschieht ähnlich wie bei den Sozialversicherungswahlen auf Grund von Vorschlagslisten nach Gruppen getrennt. Wird ein Mitglied der Vertreterversammlung in den Vorstand gewählt, so verliert es kraft Gesetzes die Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung.

31 Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und seinen Stellvertreter, die verschiedenen Gruppen angehören müssen. In der Satzung kann vorgesehen werden, dass sich Vorsitzender und Stellvertreter in mindestens jährlichem Turnus abwechseln, oft auch alternierender Vorsitz genannt.

32 Die Vertreterversammlung wählt auf Vorschlag des Vorstands auch den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter. Bei großen Versicherungsträgern kann durch die Satzung bestimmt werden, dass eine aus drei Personen bestehende Geschäftsführung gewählt wird.

### Vorstand

33 Der von der Vertreterversammlung gewählte Vorstand ist gewissermaßen das Exekutivorgan. Es hat die Beschlüsse der Vertreterversammlung auszuführen. Der Vorstand verwaltet den Versicherungsträger und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich. Er ist für alle Angelegenheiten zuständig, die nicht der Vertreterversammlung, dem Geschäftsführer oder einem Ausschuss zugewiesen sind. Damit ist er das zentrale Verwaltungsorgan des Versicherungsträgers. Der hauptamtlichen Geschäftsführung gegenüber hat er eine Richtlinienkompetenz. Danach kann er der Geschäftsführung Grundsätze allgemeiner Art an die Hand geben, und zwar in Form von Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte, die diese zu beachten hat. Dabei ist zwar die Entscheidung, nicht aber die Überprüfung von Einzelfällen ausgeschlossen. Die Richtlinien dürfen der Geschäftsführung allerdings nicht den ihr eigenen Kompetenzbereich entziehen. Die allgemeine Kompetenzzuweisung wird ergänzt durch eine Reihe von Einzelzuweisungen. Der Vorstand schlägt der Vertreterversammlung die Geschäftsführung zur Wahl vor, er stellt den Haushaltsplan auf und über- und außerplanmäßige Aussagen bedürfen seiner Einwilligung.

34 Der Vorstand wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter im gleichen Modus wie in der Vertreterversammlung. Der Vorsitzende des Vorstands hat insofern eine Sonderstellung, als er alle Beschlüsse der Organe, die gegen geltendes Recht verstoßen, schriftlich mit Begründung zu beanstanden und unter Fristsetzung zur erneuten Beschlussfassung vorzulegen hat. Die Beanstandung hat aufschiebende Wirkung. Bleibt das Organ bei seinem Beschluss, hat er die Aufsichtsbehörde zu unterrichten.

### Verwaltungsrat

35 Das bisher für die Vertreterversammlung der Krankenkassen geltende Selbstverwaltungsrecht der Krankenversicherung bildet die Grundlage für die Aufgaben und Befugnisse des Verwaltungsrats (Rdnr. 27-35). Darüber hinaus kommen dem Verwaltungsrat auch Bereiche zu, die bisher vom zweiten Selbstverwaltungsorgan, dem ehrenamtlichen Vorstand wahrzunehmen waren. Er hat den ehrenamtlichen Vorstand zu wählen und zu kontrollieren sowie Entscheidungen grundsätzlicher Art zu treffen. Der Verwaltungsrat hat sich daher intensiver mit den Grundsätzen des Krankenkassenhandelns zu befassen, als

es den bisherigen Organen möglich war. Insgesamt sind die Befugnisse des Verwaltungsrates, die Arbeit des Vorstands kontrollierend zu begleiten, um einiges verstärkt worden.

36 Da die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates auf 30 begrenzt ist, bedeutet das aber auch für die einzelnen Mitglieder ein Mehr an Arbeit als bisher. Deshalb sollen sich nach der Begründung zu § 197 SGBV die Verwaltungsratsmitglieder durch Spezialisierung auf bestimmte Sachgebiete Fachkompetenz aneignen, um die Kontrolle wirkungsvoll ausüben zu können. Dagegen ist die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Krankenkasse nicht mehr Aufgabe eines Selbstverwaltungsorgans, sondern auf den hauptamtlichen Vorstand übergegangen.

### Ausschüsse

37 Die Selbstverwaltungsorgane können zur besseren Aufgabenbewältigung Ausschüsse zur Erledigung einzelner Aufgaben mit Ausnahme der Rechtsetzung bilden. Über die ihnen überwiesenen Gegenstände können die Ausschüsse in eigener Verantwortung entscheiden, daher nennt man sie Erledigungsausschüsse. Es ist aber auch möglich, Ausschüsse nur zur Vorbereitung bestimmter Angelegenheiten zu bilden, die Entscheidung selbst aber dem jeweiligen Organ vorzubehalten, so genannte Vorbereitungsausschüsse.

In der Praxis bedienen sich vor allem die Vorstände der Hilfe durch derartige beratende Ausschüsse, etwa in Form von Personalausschüssen. Daneben gibt es eine Vielzahl unterschiedlich ausgestalteter Ausschüsse, wie etwa Finanz-, Organisation- oder Bau- und Vergabeausschuss.

38 Ausdrücklich gesetzlich geregelte Ausschüsse sind die besonderen Ausschüsse, denen bestimmte, genau umschriebene Aufgaben übertragen werden können. Größere Bedeutung haben dabei die Widerspruchsausschüsse, welchen vielfach die Entscheidung über Widersprüche von Betroffenen gegen Verwaltungsakte des Versicherungsträgers im Vorverfahren übertragen ist. An dieser Stelle wird die Mitwirkung der Betroffenen in der Sozialversicherung mit unmittelbarer Außenwirkung deutlich. Ein derartiges Verwaltungsverfahren, in dem Vertreter der Betroffenen die Entscheidung über Widersprüche gegen Verwaltungsakte treffen, ist dem gesamten übrigen öffentlichen Recht fremd. Nur das Sozialrecht kennt diese weitgehende Form der Mitwirkung von Betroffenen.

### Versichertenälteste

39 Die von der Vertreterversammlung zu wählenden Versichertenältesten haben vor allem die Aufgabe, eine ortsnahe Betreuung und Beratung der Versicherten zu garantieren. Sie sollen ein Bindeglied zwischen dem Versicherungsträger und seinen Versicherten sein. Ihre Tätigkeit hat daher zweierlei Funktionen, einerseits die Versicherten über ihre Rechte und Pflichten zu beraten, andererseits können sie aber auch viel zum Verständnis für Verwaltungsabläufe und die damit verbundenen Probleme beitragen.

In der Rentenversicherung ist die Wahl von Versichertenältesten grundsätzlich vorgegeben, sie kann allerdings durch die Satzung ausgeschlossen werden. In der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind dagegen auf jeden Fall Versichertenälteste zu wählen, und zwar nicht von der Vertreterversammlung, sondern von den Versicherten in Urwahl

Die übrigen Versicherungsträger können Versichertenälteste in der Satzung verankern. Allerdings haben nur wenige Träger im Bereich der Krankenversicherung Versichertenälteste eingeführt.

Zusätzlich zu den Versichertenältesten kann in der Satzung die Wahl von Vertrauenspersonen der Arbeitgeber festgeschrieben werden. Bei den Trägern der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (mit Ausnahme der Gartenbau Berufsgenossenschaft) kann in der Satzung die Wahl von Vertrauensmännern der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte normiert werden.

### Geschäftsführung

40 Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter werden auf Vorschlag des Vorstands von der Vertreterversammlung gewählt. Versicherungsträger mit mehr als 1,5 Mio. Versicherten oder der Zuständigkeit für mehr als einen Versicherungszweig können in der Satzung auch eine aus drei Personen bestehende Geschäftsführung und aus deren Mitte einen Vorsitzenden bestellen. In einigen Bereichen – etwa bei den Betriebskrankenkassen – gelten Sonderregelungen.

41 Der Geschäftsführer führt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte und vertritt den Versicherungsträger insoweit nach außen. Laufende Verwaltungsgeschäfte sind solche Geschäfte, die der Erfüllung der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Pflichtaufgaben dienen und alle übrigen, die sich in einer gewissen Regelmäßigkeit

wiederholen und vor allem wirtschaftlich keine besondere Bedeutung haben. Dazu zählen insbesondere die Leitung des inneren Dienstbetriebs, Feststellung und Einzug von Beiträgen und Entscheidungen im Leistungsbereich. Im Übrigen entscheidet in Zweifelsfällen der Vorstand, in welchen Zuständigkeitsbereich ein Verwaltungsgeschäft fällt. Außerdem können die Zuständigkeiten der Geschäftsführung sowohl eingeschränkt als auch erweitert werden, so weit nicht der Kernbereich der Zuständigkeit eines Selbstverwaltungsorgans beschnitten wird.

### Vorstand in der Krankenversicherung

42 Der hauptamtliche Vorstand in der Krankenversicherung wird vom Verwaltungsrat gewählt. Er besteht bei Krankenkassen mit bis zu 500.000 Mitgliedern aus maximal 2, bei größeren aus ungefähr 3 Personen für die Dauer von 6 Jahren.

43 Der Vorstand verwaltet die Krankenkassen und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich. Damit obliegen alle Entscheidungen von nicht grundsätzlicher Bedeutung dem Vorstand. D. h., das alltägliche, konkrete Verwaltungshandeln ist auf der Grundlage der grundlegenden Beschlüsse des Verwaltungsrates Aufgabe des Vorstands.

### Aufsicht

44 Die Sozialversicherungsträger erfüllen öffentliche Aufgaben im Wege der mittelbaren Staatsverwaltung, die anderenfalls der Staat selbst durch eine unmittelbare Staatsverwaltung wahrzunehmen hätte. Ihn trifft daher die Pflicht, eine ordnungsgemäße, Recht und Gesetz entsprechende Erledigung der Aufgabenerfüllung sicherzustellen. Dazu bedient er sich der Aufsicht über die selbständigen Träger der Sozialversicherung. Die soziale Selbstverwaltung findet in der Aufsicht die notwendige Ergänzung und Begrenzung. Die heutige Aufsicht versteht sich als beratender Partner der Selbstverwaltung.

Die Aufsicht erstreckt sich auf die Einhaltung von Gesetzen und sonstigem Recht, das für die Versicherungsträger maßgebend ist. Damit wird lediglich die Rechtmäßigkeit des Handelns des Trägers, nicht dagegen seine Zweckmäßigkeit überprüft; der Staat übt lediglich die Rechtsaufsicht aus. Die weitergehende Fachaufsicht hat er sich nur in einigen Teilbereichen, wie in der Unfallverhütung und Ersten Hilfe bei Arbeitsunfällen, vorbehalten. Neben der Aufsicht gibt es noch die staatlichen Mitwirkungsrechte, die

sich in bestimmten erforderlichen Genehmigungen für die Wirksamkeit von Beschlüssen der Träger konkretisieren; so ist bspw. die Satzung genehmigungsbedürftig.

45 Die Aufsicht ist je nach Versicherungszweig und Zuständigkeitsbereich der Versicherungsträger unterschiedlich organisiert. So übt die Rechtsaufsicht über die Träger, deren Zuständigkeit über das Gebiet eines Bundeslandes hinausreicht, das Bundesversicherungsamt in Berlin aus. Die Fachaufsicht in den genannten Bereichen der Unfallversicherung hat dagegen der Bundesminister für Arbeit und Soziales. Die meisten anderen Versicherungsträger werden von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Behörden beaufsichtigt.

Die Zuständigkeit für die Aufsicht ist in den einzelnen Ländern und Versicherungszweigen sehr unterschiedlich geregelt. Entweder ist das entsprechende Fachministerium, teils sind besondere Behörden auf Landesebene (etwa das Landesversicherungsamt in Nordrhein-Westfalen), teils regional abgegrenzte Behörden (z. B. Versicherungsämter) zuständig.

46 Die Aufsichtsbehörden können die Geschäfts- und Rechnungsführung der Versicherungsträger prüfen. Dazu sind ihnen auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Ausübung der Aufsicht erforderlich sind. Dabei darf die Aufsicht nicht über das zu ihrer Aufgabenerfüllung notwendige Maß hinausgehen.

Die Aufsichtsbehörde ist bei der Feststellung eines eindeutigen Rechtsverstößes nicht auf jeden Fall verpflichtet einzuschreiten. Bei relativ geringen Verstößen kann sie nach pflichtgemäßem Ermessen eingreifen, sie muss es aber nicht; bei schwereren Rechtsverstößen kann sich das Ermessen bis auf Null reduzieren, so dass sie tätig werden muss. Dabei soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass der Versicherungsträger die Rechtsverletzung behebt. Kommt der Träger innerhalb einer angemessenen Frist dem nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde den Träger verpflichten, den Rechtsverstoß zu beheben. Notfalls kann sie die Aufsichtsordnung im Wege des Verwaltungsvollstreckungsverfahrens durchsetzen.

47 Die Mitwirkungsrechte des Staates könnte man als eine Art vorbeugender Aufsicht bezeichnen. Sie konkretisieren sich in bestimmten Genehmigungs-

vorbehalten, was bedeutet, dass eine Entscheidung eines Trägers erst nach der Genehmigung durch die Aufsicht wirksam wird. Die Mitwirkungserfordernisse sind im Gesetz im Einzelnen geregelt. So müssen Satzungen, Dienstordnungen, Unfallverhütungsvorschriften und Gefahrtarife genehmigt werden. Für die Haushaltspläne gilt ein besonders Verfahren.

### **Selbstverwaltung – gelebte Demokratie**

48 Mit ihren zahllosen ehrenamtlich Tätigen ist die soziale Selbstverwaltung ein maßgeblicher Teil unserer Demokratie. Der Grundgedanke der Selbstverwaltung ist zeitgemäßer denn je. Die soziale Selbstverwaltung bleibt gerade auch in der Zukunft unentbehrlich für die Lösung der schwierigen Probleme der sozialen Sicherung. Sie ist Garant für eine unbürokratische und versichertenennahe Betreuung der Versicherten. Als Bindeglied zwischen den Versicherten und der Verwaltung sorgt sie dafür, dass auch in Zukunft alle Anstrengungen zum Wohle der Versicherten unternommen werden.

### **Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung**

49 Nach jahrelangen intensiven Bemühungen erfolgte im Jahr 2005 eine Neuordnung der gesetzlichen Rentenversicherung. Ziel dieser Reform war es zum einen, den Abbau von Bürokratie zu fördern und damit mehr Bürgernähe zu erreichen. Zum anderen sollte durch die Modernisierung der Verwaltungsstrukturen die Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Rentenversicherer erhöht werden und die Organisation der Rentenversicherung an die veränderte Versichertenstruktur angepasst werden.

In den ersten fünf Jahren nach In-Kraft-Treten der Organisationsreform soll der Verwaltungs- und Verfahrenskostenanteil in der gesetzlichen Rentenversicherung um 10% (ca. 350 Mio. Euro pro Jahr) gesenkt werden.

50 Seit dem 1. Januar 2005 gilt: Es gibt nicht mehr die überholte Unterscheidung zwischen Angestellten und Arbeitern. Sie wurde durch einen einheitlichen

Versichertenbegriff im Rahmen der allgemeinen Rentenversicherung ersetzt. Dadurch wird insbesondere ein weiterer Rückgang der Versichertenzahlen bei den Regionalträgern verhindert, die bislang ausschließlich für die immer weiter zurückgehende Zahl der Arbeiter zuständig waren.

Der einheitliche Versichertenbegriff beinhaltet zugleich auch eine Entlastung für die Arbeitgeber, da nur noch ein einheitlicher Rentenversicherungsbeitrag ohne Kennzeichnung an die Einzugsstellen abzuführen ist.

Die Zuständigkeit für neue Versicherte erfolgt im Rahmen einer zentralen Vergabe der Versicherungsnummern nach einer festen Quote zwischen den Regionalträgern (55%), der Deutschen Rentenversicherung Bund (40%) sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (zusammen 5%).

51 Zum 1. Oktober 2005 gab es noch folgende Änderungen: Alle Rentenversicherungsträger führen die gemeinsame Bezeichnung „Deutsche Rentenversicherung“ in ihrem Namen. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und die BfA wurden zur „Deutschen Rentenversicherung Bund“, die drei weiteren Bundesträger zur „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ zusammengeschlossen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt in gesonderten Organisationseinheiten die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben sowie die gemeinsamen Angelegenheiten der Träger der Rentenversicherung wahr. Daneben hat sie auch eigene Trägeraufgaben. Selbstverwaltungsorgane sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Soweit Trägerangelegenheiten betroffen sind, entscheidet der Trägerausschuss der Vertreterversammlung anstelle der Vertreterversammlung und der Trägerausschuss des Vorstandes anstelle des Vorstandes. Bei Beschlüssen der Vertreterversammlung und des Vorstandes werden die Stimmen der Bundesträger mit insgesamt 45 v. H., die Stimmen der Regionalträger mit insgesamt 55 v. H. gewichtet.





## Soziale Sicherung der selbständigen Künstler und Publizisten

### Aufgabe und Entwicklung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

1 Selbständige Künstler und Publizisten sind durch das Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) seit dem 1. Januar 1983 als Pflichtversicherte in den Schutz der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung einbezogen. Bereits vor dem In-Kraft-Treten des KSVG war ein geringer Teil der selbständigen Künstler (Lehrer und Erzieher, Musiker und Artisten) in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung pflichtversichert, da sie als sozial besonders schutzbedürftig galten. Die übrigen selbständigen Künstler und Publizisten konnten sich freiwillig versichern oder (seit 1972) auf Antrag der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtversicherte beitreten. Diese Regelungen waren, wie mehrere – zum Teil im Auftrag der Bundesregierung durchgeführte – Untersuchungen zeigten, unzureichend. Selbständige Künstler und Publizisten waren für ihr Alter, den Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder für den Krankheitsfall erheblich schlechter abgesichert als die sonstigen Erwerbstätigen. In vielen Fällen war es ihnen nicht möglich, die für eine angemessene soziale Absicherung notwendigen finanziellen Mittel aufzubringen, insbesondere auch deshalb, weil die Beiträge von ihnen in voller Höhe allein zu tragen waren.

Mit dem KSVG, das am 27. Juli 1981 vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde, ist dieser Situation abgeholfen worden. Die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung ist auf alle selbständigen Künstler und Publizisten ausgedehnt worden. Das KSVG regelt die Voraussetzungen der Versicherungspflicht sowie die Finanzierung und die Durchführung der Versicherung. Kran-

kenversichert sind die selbständigen Künstler und Publizisten bei einer Allgemeinen Ortskrankenkasse oder einer Ersatzkasse, rentenversichert bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin. Ab 1. Januar 2005 werden die ab diesem Zeitpunkt neu versicherten selbständigen Künstler und Publizisten in der so genannten „allgemeinen Rentenversicherung“ versichert. Die Aufteilung in einen Rentenversicherungsträger für Angestellte (bisher die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) und mehrere Rentenversicherungsträger für Arbeiter (bisher waren dies die Landesversicherungsanstalten) entfällt in Folge der Neuregelungen im Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (Gesetz vom 9. Dezember 2004, BGBl. I, S. 3242). Bisher bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte versicherte Personen bleiben grundsätzlich zunächst dort versichert; ab 1. Oktober 2005 wird dann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aufgelöst und geht in der Deutschen Rentenversicherung Bund (Zusammenschluss aus der bisherigen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) auf. Von den genannten Versicherungsträgern erhalten sie die üblichen Leistungen. Die Versicherten zahlen – wie Arbeitnehmer – nur den halben Beitragsanteil; die andere Beitragshälfte wird durch die so genannte Künstlersozialabgabe und einen Zuschuss des Bundes aufgebracht. Das KSVG wurde früher von der Künstlersozialkasse (KSK) in Wilhelmshaven, einer besonderen Abteilung der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, durchgeführt. Seit dem 1. Juli 2001 ist die Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung in Wilhelmshaven zuständig.

2 Gegen das KSVG und insbesondere gegen die Künstlersozialabgabe wurden noch vor dem In-Kraft-Treten eine Reihe von Verfassungsbeschwerden erhoben. Die hieraus resultierende langjährige Rechtsunsicherheit ist seit der Entscheidung des

Bundesverfassungsgerichts vom 8. April 1987 beseitigt. Das Gericht hat die Verfassungsbeschwerden im Wesentlichen als unbegründet zurückgewiesen und damit die Konzeption der Künstlersozialversicherung als mit dem Grundgesetz vereinbar bestätigt. Durch das Gesetz zur finanziellen Sicherung der Künstlersozialversicherung aus dem Jahr 1987, das Gesetz zur Änderung des KSVG aus dem Jahr 1988 und durch das Zweite Gesetz zur Änderung des KSVG und anderer Gesetze vom 13. Juni 2001 hat der Gesetzgeber darüber hinaus eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die organisatorische Durchführung und die Struktur der Künstlersozialversicherung zu verbessern und die soziale Absicherung der selbständigen Künstler und Publizisten durch das KSVG sicherzustellen. Insbesondere wurde die Durchführung des Gesetzes zuletzt der Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung in Wilhelmshaven, einem erfahrenen Versicherungsträger, übertragen, das Verwaltungsverfahren vereinfacht und die finanzielle Grundlage verbreitert.

3 Seit dem 1. Januar 1992 sind auch die selbständigen Künstler und Publizisten aus den neuen Bundesländern in die Künstlersozialversicherung einbezogen. Übergangsregelungen haben eine möglichst nahtlose und sozial ausgewogene Eingliederung sichergestellt. So weit im Folgenden nichts Besonderes vermerkt ist, gelten deshalb für sie die allgemeinen Vorschriften des KSVG.

4 Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist mit der Einführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung, die soziale Pflegeversicherung, geschaffen worden. Die nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten werden – wie alle anderen Personenkreise – in diese Versicherung einbezogen, wenn sie Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Nur wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert ist, muss sich in der privaten Pflegeversicherung versichern.

31.12.1999	108.000
31.12.2000	112.209
31.12.2001	118.969
31.12.2002	124.504
31.12.2003	131.699
31.12.2004	140.790
30.09.2005	146.376

## Personenkreis

5 Aufgrund des KSVG unterliegen selbständige Künstler und Publizisten der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung. Künstler in diesem Sinne ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt; Publizist ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist. Eine nähere Definition der Begriffe „Künstler“ und „Publizist“ oder eine abschließende Aufzählung künstlerischer und publizistischer Tätigkeiten enthält das Gesetz nicht. Auch ist die Versicherungspflicht nicht von bestimmten Qualifikationen (Besuch von Schauspielschulen, Konservatorien, Kunsthochschulen etc.) oder einem bestimmten künstlerischen oder publizistischen Wert der Tätigkeit abhängig. Die Entscheidung, ob jemand künstlerisch oder publizistisch tätig ist, wird von der KSK getroffen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass Angehörige der im so genannten Künstlerbericht der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 7/3071, S. 7) aufgeführten insgesamt 55 typischen Berufsgruppen regelmäßig eine künstlerische oder publizistische Tätigkeit ausüben. Eine weitere Orientierungshilfe gibt der von der KSK herausgegebene „Künstlerkatalog“ (abrufbar unter [www.kuenstler-sozialkasse.de](http://www.kuenstler-sozialkasse.de)). Allerdings werden wegen der Vielfalt und der Weiterentwicklung von Kunst und Publizistik nicht alle Formen künstlerischer und publizistischer Betätigung von diesen Berufsgruppen umfasst, d. h. auch anders tätige Künstler und Publizisten können versicherungspflichtig sein. Darüber hinaus muss die Tätigkeit selbständig, erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausgeübt werden. Zweifelsfragen werden von der KSK, gegebenenfalls unter Mitwirkung der fachkundigen Mitglieder des Beirats (Rdnr. 16), entschieden.

6 Die Versicherungspflicht nach dem KSVG setzt weiter voraus, dass der Künstler oder Publizist aus seiner Tätigkeit ein bestimmtes jährliches Mindesteinkommen (2006: weiterhin 3.900 Euro einheitlich für die alten und neuen Bundesländer) erzielt. Früher lag diese Grenze bei einem Siebtel der Bezugsgröße. Der Betrag von 3.900 Euro entsprach der früheren Geringfügigkeitsgrenze von 325 Euro

## Anzahl der versicherten Künstler

31.12.1983	12.569
31.12.1985	23.349
31.12.1987	30.295
31.12.1989	37.215
31.12.1991	47.713
31.12.1993	65.305
31.12.1994	73.726
31.12.1995	81.698
31.12.1996	90.500
31.12.1997	96.577
31.12.1998	102.212

monatlich. Trotz der Heraufsetzung dieses Geringfügigkeitswertes auf 400 Euro/monatlich (= 4.800 Euro jährlich) ab 1. April 2003 bleibt die Grenze von 3.900 Euro nach dem KSVG unverändert. Ferner wird für Künstler und Publizisten wegen der möglicherweise erheblichen Einkommensschwankungen während des Jahres nicht auf das Monats-, sondern auf das Jahreseinkommen abgestellt. Berufsanfänger haben im künstlerischen und publizistischen Bereich oft eine sehr schwierige Anlaufphase zu überwinden und sind deshalb besonders schutzbedürftig. Das KSVG sieht daher von der Voraussetzung des Mindesteinkommens eine Ausnahme vor. In den ersten drei Jahren nach erstmaliger Aufnahme der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit besteht auch dann Versicherungspflicht, wenn das Arbeitseinkommen die Mindestgrenze nicht erreicht, d. h. bspw. nur 2.000 Euro im Jahr beträgt, oder wenn etwa überhaupt kein Einkommen erzielt wird. Darüber hinaus gilt, dass innerhalb von sechs Jahren die Geringfügigkeitsgrenze bis zu zweimal unterschritten werden darf, ohne dass der Versicherungsschutz verloren geht. In Kombination mit der Ausnahmeregelung für Berufsanfänger verlängert sich daher die Frist, in der ein Mindesteinkommen für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes nicht erforderlich ist, auf bis zu fünf Jahre.

7 Versicherungspflichtig nach dem KSVG ist allerdings nicht, wer bereits anderweitig kraft Gesetzes sozial abgesichert oder schon aus allgemeinen Gründen von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen ist. So ist bspw. nach dem KSVG versicherungsfrei, wer

- Beamter oder Richter und aufgrund dieser Tätigkeit versicherungsfrei ist,
- aus einer Beschäftigung ein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder aus einer nicht künstlerischen selbständigen Tätigkeit ein Arbeitseinkommen erhält, das voraussichtlich mindestens die Hälfte der für das jeweilige Jahr geltenden Beitragsbemessungsgrenze (2006:  $1/2 = 31.500$  Euro/alte Bundesländer, 26.400 Euro/neue Bundesländer – wie 2005) beträgt,
- Empfänger einer Altersrente ist oder
- als Gewerbetreibender in Handwerksbetrieben nach § 2 Satz 1 Nr. 8 oder § 229 Abs. 2a SGB VI versicherungspflichtig ist.

8 Unter bestimmten Voraussetzungen besteht auch die Möglichkeit, sich auf Antrag von der KSK von der Versicherungspflicht befreien zu lassen. Das Gesetz sieht allerdings nur eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vor; eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ist nicht möglich. Befreien lassen können sich Berufsanfänger, wenn sie für sich und ihre Angehörigen eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Die Befreiung kann bis zum Ablauf von drei Jahren nach erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit durch den Künstler oder Publizisten widerrufen werden. Danach ist ein Widerruf ausgeschlossen. Außerdem können sich Künstler und Publizisten befreien lassen, deren Arbeitseinkommen in den jeweils letzten drei Jahren eine bestimmte Grenze überstiegen hat, und zwar die Summe der für diese Jahre maßgebenden Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (Summe 2003 bis 2005: 139.050 Euro). Diese Befreiung ist unwiderruflich. Künstler und Publizisten, die von der Krankenversicherungspflicht befreit und entweder freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichert sind, erhalten von der KSK auf Antrag einen Zuschuss zu ihrem Versicherungsbeitrag. Eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht hat außerdem zur Folge, dass der Künstler oder Publizist in der sozialen Pflegeversicherung nicht mehr nach dem KSVG, sondern nach den allgemeinen Vorschriften versicherungspflichtig ist. Für seine Versicherung bei einer Pflegekasse oder einem privaten Versicherungsunternehmen erhält er aber – wie in der Krankenversicherung – von der KSK einen Beitragszuschuss.

### Versicherungsverhältnis und Leistungen

9 Jeder selbständige Künstler oder Publizist ist nach dem KSVG verpflichtet, sich bei der KSK zu melden; diese entscheidet dann über seine Versicherungspflicht. Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Tag der Meldung; bei Fehlen einer Meldung beginnt sie erst mit dem Tag, an dem die KSK die Versicherungspflicht feststellt. Versichert wird der Künstler oder Publizist in der Krankenversicherung bei einer Allgemeinen Ortskrankenkasse, wahlweise auch bei einer Ersatzkasse, in der Rentenversicherung bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (bzw. ab 1. Oktober 2005 in der allgemeinen Rentenversicherung, vgl. Rdnr. 1) und in der Pflegeversicherung bei einer Pflegekasse. Besondere leistungsrechtliche Vorschriften enthält das KSVG nicht,

d. h. die Versicherten erhalten grundsätzlich die in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung üblichen Leistungen. Wegen der Eigenart der selbständigen Tätigkeit beginnt allerdings – abweichend von der Regelung für die meisten anderen Krankenversicherten – der Anspruch auf Krankengeld für Künstler und Publizisten erst mit der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit; die Versicherten können aber wählen, ob sie gegen Zahlung eines Erhöhungsbetrages bereits von einem früheren Zeitpunkt – spätestens vom Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit an – Krankengeld beziehen wollen. Der Erhöhungsbetrag und der Zeitpunkt werden von der jeweiligen Krankenkasse festgesetzt.

10 Die Versicherungspflicht endet grundsätzlich nur durch Feststellung der KSK. Dabei sind zwei Fälle zu unterscheiden:

- Ist eine Änderung der Verhältnisse eingetreten, die einen versicherten Künstler oder Publizisten nach dem KSVG versicherungsfrei stellt, endet die Versicherungspflicht mit dem Zeitpunkt dieser Änderung, d. h. die KSK hebt auf eine entsprechende Mitteilung hin die Versicherungspflicht rückwirkend ab diesem Zeitpunkt auf.
- In allen übrigen Fällen (bspw.: Einstellung der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit) wird die Versicherungspflicht nur mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben.

## Finanzierung

11 Die Mittel für die Künstlersozialversicherung werden zur einen Hälfte durch Beitragsanteile der versicherten Künstler und Publizisten und zur anderen Hälfte durch die so genannte Künstlersozialabgabe und einen Zuschuss des Bundes aufgebracht. Die Versicherten zahlen also – wie Arbeitnehmer – nur den halben Sozialversicherungsbeitrag; die andere Hälfte stellt gleichsam den Arbeitgeberanteil dar.

12 Die KSK entrichtet für die Versicherten monatlich die Beiträge zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung. Der versicherte Künstler oder Publizist hat an die KSK als Beitragsanteil jeweils die Hälfte des Beitrags zu zahlen. Die Beiträge bemessen sich nach dem voraussichtlichen Jahresarbeitseinkommen aus der künstlerischen oder publizistischen Tätigkeit, das jeder Versicherte der KSK bis zum 1. Dezember eines

Jahres für das jeweils folgende Kalenderjahr zu melden hat. Das Einkommen wird, wie in der sonstigen Sozialversicherung auch, nur bis zu einer bestimmten Grenze, der so genannten Beitragsbemessungsgrenze, in die Beitragspflicht einbezogen. Die Grenze beträgt 2006 in der Kranken- und Pflegeversicherung jährlich 42.750 Euro (einheitlich für die alten und neuen Bundesländer) und in der Rentenversicherung jährlich 63.000 Euro in den alten Bundesländern/ 52.800 Euro in den neuen Bundesländern, dort dieselbe Grenze wie 2005. Darüber hinausgehendes künstlerisches oder publizistisches Einkommen ist beitragsfrei. Als Beitrag ist monatlich ein bestimmter Prozentsatz (der so genannte Beitragssatz) des gemeldeten Arbeitseinkommens zu zahlen; hierzu wird das Jahreseinkommen entsprechend auf die Monate aufgeteilt. In der Krankenversicherung ist der jeweilige Beitragssatz der Krankenkasse maßgebend, bei der der Künstler oder Publizist versichert ist; in der Rentenversicherung gilt 2006 - wie schon 2004 und 2005 - der allgemeine Beitragssatz in Höhe von 19,5%. In der sozialen Pflegeversicherung beträgt der Beitragssatz ab 1. Januar 2005 1,7% für diejenigen, die zu irgendeinem Zeitpunkt Kinder erzogen haben und 1,95% für diejenigen, die keine Kinder erzogen haben (diese Beitragsdifferenzierung ist mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004, BGBl. I, S. 3448, eingeführt worden).

### Beispiel:

Hat demnach ein Künstler oder Publizist der KSK sein voraussichtliches Arbeitseinkommen für 2006 mit 8.000 Euro angegeben, so beträgt sein Beitragsanteil zur Rentenversicherung 64,99 Euro (8.000 Euro: 12 Monate = 666,66 Euro x 19,5%: 2 = **64,99 Euro**).

Da es für die Versicherten im Einzelfall schwierig sein kann, am 1. Dezember das Arbeitseinkommen des nächsten Kalenderjahres vorzuschätzen, räumt das KSVG den Künstlern und Publizisten die Möglichkeit ein, ihre Einkommensschätzung während des Jahres noch zu korrigieren. Gibt der Versicherte eine solche Änderungsmeldung bei der KSK ab, werden in der Folgezeit die Beiträge diesem korrigierten Einkommen angepasst, d. h. entsprechend erhöht oder vermindert. Eine rückwirkende Veränderung der bereits gezahlten Beiträge ist dagegen ausgeschlossen. Teilt in dem obigen Beispiel der Künstler oder Publizist im Juni der KSK mit, sein Ar-

beitseinkommen werde 2006 statt 8.000 Euro 9.000 Euro betragen, erhöht sich sein monatlicher Beitragsanteil zur Rentenversicherung ab Juli auf 73,13 Euro. Die Beitragsanteile für die Monate Januar bis Juni bleiben unverändert.

13 Die zweite Beitragshälfte wird aus der Künstlersozialabgabe und dem Bundeszuschuss aufgebracht. Bei der Künstlersozialabgabe handelt es sich um eine Umlage, die die KSK bei bestimmten Verwertern von Kunst und Publizistik erhebt. Zur Abgabe herangezogen werden Unternehmer, deren Unternehmen darauf ausgerichtet sind, Werke oder Leistungen selbständiger Künstler oder Publizisten für Zwecke des Unternehmens gegen Entgelt zu nutzen (Verlage, Schallplattenhersteller, Galerien, Werbeagenturen, Konzertdirektionen, Theater, Museen, Rundfunkanstalten etc.). Der Abgabepflicht unterliegen außerdem Unternehmer, die nicht nur „gelegentlich“ Aufträge für solche Werke oder Leistungen erteilen, um im Zusammenhang mit deren Nutzung Einnahmen zu erzielen (Diskotheken, die Life-Auftritte veranstalten; Unternehmen, die ihre Produkte von selbständigen Designern gestalten lassen etc.). Als (nur) „gelegentlich“ gelten hierbei Aufträge in jedem Fall dann, wenn in einem Kalenderjahr lediglich bis zu drei Veranstaltungen durchgeführt werden (z. B. Karnevalsveranstaltungen).

Neu ist ferner, dass auf die so genannte „Übungsleiterpauschale“, die gem. § 3 Nr. 26 EStG steuerfrei ist, keine Künstlersozialabgabe mehr zu zahlen ist. Damit sind Honorare von bis zu 1.848 Euro jährlich bloße Aufwandsentschädigung und unterliegen nicht der Abgabepflicht nach dem KSVG. Durch diese Neuregelung werden insbesondere Musikvereine, die eine Ausbildungseinrichtung mit nebenberuflichen Ausbildern betreiben, und Volkshochschulen, die für ihre Kurse im künstlerischen Bereich nebenberufliche Kräfte einsetzen, entlastet.

Bemessungsgrundlage für die Abgabe sind die an selbständige Künstler und Publizisten gezahlten Honorare. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der einzelne Künstler oder Publizist, an den ein Honorar gezahlt wird, nach dem KSVG versicherungspflichtig ist oder nicht. So unterliegt auch ein Honorar, das ein Verlag einem „Hobbyautor“ zahlt, der Abgabepflicht. Die Höhe der Künstlersozialabgabe richtet sich nach einem Prozentsatz, der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen entsprechend

dem Finanzbedarf der KSK für Beiträge, Zuschüsse und Betriebsmittel jeweils für ein Jahr im Voraus bestimmt wird. Anders als in den Jahren zuvor ist ab 2000 eine für alle Künstlerbereiche einheitliche Künstlersozialabgabe zu zahlen. Für das Jahr 2006 ist sie durch Rechtsverordnung auf 5,5 v. H. festgelegt worden und damit um 0,3 Prozentpunkte niedriger als im Vorjahr. Jeder abgabepflichtige Unternehmer hat nach Ablauf eines Kalenderjahres die für die Künstlersozialabgabe maßgebenden Honorare der KSK zu melden und die Abgabe zu zahlen. Auf die Abgabe ist während des Jahres eine monatliche Vorauszahlung zu leisten, die sich aus der Abgabe des jeweils letzten Kalenderjahres berechnet. Am 30. September 2005 waren von der KSK 49.500 abgabepflichtige Unternehmer erfasst.

14 Neben der Künstlersozialabgabe finanziert sich die zweite Beitragshälfte in der Künstlersozialversicherung aus einem Zuschuss des Bundes. Dieser Zuschuss soll dem Umstand Rechnung tragen, dass die versicherten Künstler und Publizisten ihre Honorare nicht ausschließlich von abgabepflichtigen Unternehmern, sondern auch von Endabnehmern erhalten (Private Kunstsammler, Gagen für Auftritte bei Vereinsfeiern oder sonstigen privaten Festen etc.). Diese Endabnehmer sind keine „Verwerter“ von Kunst und Publizistik und können deshalb auch nicht zu einer Abgabe herangezogen werden. In diesen Fällen wird die zweite Beitragshälfte aus dem Bundeszuschuss aufgebracht. Dieser Zuschuss beträgt insgesamt (mit Zuschuss für Verwaltungskosten) entsprechend dem durchschnittlichen Anteil solcher Geschäfte am Gesamteinkommen der Versicherten aus künstlerischer und publizistischer Tätigkeit seit dem 1. Januar 2000 nur noch rd. 20% (bis Ende 1999 26%) der Ausgaben der KSK. Für 2006 ist der Zuschuss auf rd. 105 Mio. Euro veranschlagt, d. h. auf jeden Künstler und Publizisten werden bei einer für 2006 erwarteten Versichertenzahl von rd. 155.000 durchschnittlich rd. 680 Euro entfallen.

## Organisation

15 Das KSVG wird von der Künstlersozialkasse in Wilhelmshaven durchgeführt. Sie ist eine besondere Abteilung der Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung mit rd. 150 Mitarbeitern. Ihr Haushaltsvolumen für 2006 ist auf rd. 544 Mio. Euro veranschlagt, wovon voraussichtlich 55,6% auf Beiträge zur Rentenversicherung, 34,9% auf Beiträge zur



Krankenversicherung, 4,4% auf Beiträge zur Pflegeversicherung und 1,7% auf Zuschüsse an privat kranken- und pflegeversicherte Künstler und Publizisten entfallen. Die KSK ist kein Versicherungsträger, wie z. B. eine Allgemeine Ortskrankenkasse, sondern hat im Wesentlichen die Funktion eines Mittlers, der zwischen Versicherten und Abgabepflichtigen auf der einen und den Versicherungsträgern auf der anderen Seite eingeschaltet ist. Im Wesentlichen obliegen ihr folgende Aufgaben:

- Feststellung der Versicherungspflicht der selbständigen Künstler und Publizisten,
- Feststellung der Abgabepflicht der Verwerter,
- Berechnung und Entrichtung der Beiträge für die Versicherten an die jeweils zuständige Krankenkasse, Pflegekasse und den jeweils zuständigen Rentenversicherungsträger,
- Berechnung und Einzug der Beitragsanteile der Versicherten, Einzug der Künstlersozialabgabe und Verwaltung des Bundeszuschusses,
- Überwachung der rechtzeitigen und vollständigen Entrichtung der Beitragsanteile der Versicherten und der Künstlersozialabgabe,
- Zahlung von Zuschüssen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung von Künstlern und Publizisten sowie
- Aufklärung und Beratung der Versicherten und der Abgabepflichtigen.

16 Die KSK wird bei der Erfüllung ihrer Aufgaben von einem Beirat unterstützt. Dieser setzt sich aus 24 sachverständigen Personen aus den Kreisen der Versicherten und der Abgabepflichtigen zusammen, wobei die vier Kunstbereiche mit gleicher Zahl vertreten sind. Der Beirat hat insbesondere die Aufgabe, die KSK bei ihren Entscheidungen fachkundig zu beraten und ist vor der Feststellung des Haushaltsplans zu hören. Außerdem werden je zwei Mitglieder in die Widerspruchsausschüsse berufen, die für die vier Kunstbereiche errichtet worden sind und die über Widersprüche von Versicherten oder Abgabepflichtigen gegen Entscheidungen der KSK entscheiden. Die Aufsicht über die KSK führt das Bundesversicherungsamt in Berlin. Aufsicht bedeutet hier Rechtmäßigkeitskontrolle, d. h. das Bundesversicherungsamt überprüft, ob die KSK allgemein – gegebenenfalls auch im konkreten Einzelfall – unter Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht handelt. Eine darüber

hinausgehende Überprüfung der Zweckmäßigkeit des Handelns ist dagegen nur bei ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung zulässig.

## Gesetzliche Grundlagen

- Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten vom 27. Juli 1981 (BGBl. I, S. 705), zuletzt geändert insbesondere durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes und anderer Gesetze vom 13. Juni 2001 (BGBl. I, S. 1027),
- Verordnung zur Durchführung des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 23. Mai 1984 (BGBl. I, S. 709),
- Künstlersozialabgabe-Verordnung 2006 vom 26. August 2005 (BGBl. I, S. 2609),

## Berufsständische Versorgungswerke

### Aufgabe

17 Die berufsständischen Versorgungswerke sind Sondersysteme, die die Pflichtversorgung der Angehörigen kammerfähiger freier Berufe für den Fall des Alters, der Invalidität und des Todes gewährleisten. Erfasst werden derzeit Ärzte (einschließlich Zahnärzte und Tierärzte), Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer/vereidigte Buchprüfer und Steuerberater (seit jüngerer Zeit) sowie zunehmend (Bau-) Ingenieure.

18 Anlass für die Gründungen der Versorgungswerke waren in erster Linie die aus den Folgen der beiden Weltkriege gewonnene Erkenntnis, dass Grundbesitz, Kapitalanlagen und private Lebensversicherung eine sichere Altersversorgung nicht mehr garantieren konnten. Die ersten Gründungen finden sich im süddeutschen Raum, z. B. die Bayerische Ärzteversorgung von 1923. Eine „Gründungswelle“ war aber erst in den 60er Jahren und dann wieder in den 80er Jahren zu erkennen. In den 90er Jahren ist die berufsständische Versorgung insbesondere auf weitere verkammerte Berufsgruppen ausgedehnt worden (Wirtschaftsprüfer und Steuerberater sowie (beratende) Ingenieure), für die es bisher keine Versorgungswerke gab.

19 Die Versorgungswerke beruhen auf landesgesetzlicher Rechtsgrundlage; der Bund hat insoweit den



Ländern innerhalb seiner Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“) Freiraum gelassen. So weit – wie häufig bei älteren Gründungen – der Landesgesetzgeber nur allgemeine Vorgaben gemacht hat, findet sich die nähere Ausgestaltung in der Satzung des einzelnen Werkes. Über Einzelheiten informieren die einzelnen Versorgungseinrichtungen.

### Mitglieder

20 Pflichtmitglieder der Versorgungswerke sind die Kammerangehörigen der freien Berufe, in der Regel also Selbständige und Angestellte gleichermaßen. Bei Angestellten ersetzen die Versorgungswerke die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn sie sich auf Antrag, der bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu stellen ist, von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen. Ab 1992 ist die Befreiung auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt, d. h. berufs fremde Tätigkeiten, die nicht die Kammermitgliedschaft begründen, führen zur Versicherungspflicht in der Rentenversicherung. Personen, die am 31. Dezember 1991 von der Versicherungspflicht befreit waren, bleiben in derselben Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit auch weiterhin befreit.

Aufgrund der in den 90er Jahren einsetzenden Tendenz, berufsständische Versorgungswerke für neue Berufsgruppen zu gründen, insbesondere Versorgungswerke auch für solche Personen zu gründen, die nicht Pflichtmitglied einer Berufskammer sind, bei denen also die Berufsausübung nicht die Pflichtmitgliedschaft in der entsprechenden Berufskammer voraussetzt (so z. B. Versorgungswerke für (Bau-) Ingenieure, die mit Ausnahme der beratenden (Bau-) Ingenieure nicht Pflichtmitglied der Ingenieurkammern sind), ist mit Wirkung vom 1. Januar 1996 das Recht zur Befreiung von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung (§ 6 SGB VI) eingeschränkt worden (durch Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze v. 15.12.1995 [BGBl. I, S. 1824]). Von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung können sich hiernach nur diejenigen befreien lassen, die sowohl Pflichtmitglied in der berufsständischen Versorgungseinrichtung als auch Pflichtmitglied in der jeweiligen Berufskammer sind, wobei die Pflichtmitgliedschaft in der jeweiligen Berufskammer bereits nach dem vor dem 1. Januar 1995 geltenden Berufsrecht be-

standen haben muss; nachträgliche Erweiterungen des Kreises der Pflichtmitglieder der Berufskammern durch entsprechende Rechtsänderungen führen somit nicht dazu, dass die hiervon betroffenen Personen ein Befreiungsrecht erlangen. Personen, die nach der bis Ende 1995 geltenden Rechtslage bereits von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung befreit wurden, bleiben in derselben Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit allerdings weiterhin befreit.

21 Von der Versicherungspflicht zur berufsständischen Versorgung gibt es einige Ausnahmen. Aus versicherungsmathematischen Gründen wird außerhalb von Neugründungen in der Regel nicht mehr aufgenommen, wer eine bestimmte Altersgrenze (meistens das 45. Lebensjahr) überschritten hat. Weiterhin nicht als Pflichtmitglied aufgenommen bzw. von der Versicherungspflicht befreit werden in der Regel Kammerangehörige, die dauernd berufsunfähig sind oder ihren Beruf nicht ausüben, ferner Kammerangehörige, die Anspruch auf eine anderweitige ausreichende Altersversorgung haben. Als eine solche Versorgung anerkannt sind z. B. die Beamtenversorgung oder die Mitgliedschaft in einem anderen Versorgungswerk, nicht jedoch (von wenigen Ausnahmen abgesehen) die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung.

22 Neben der Pflichtversicherung ist in den meisten Versorgungswerken auch eine freiwillige Versicherung möglich, insbesondere im Anschluss an eine frühere Pflichtversicherung. In den berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind nach dem Stand Ende 2004 etwa 677.500 Mitglieder aktiv versichert (ohne aktuell nicht beitragszahlende, anwartschaftsberechtigte Mitglieder). Davon sind 46,54% Ärzte, 9,48% Zahnärzte, 3,2% Tierärzte, 8,9% Apotheker, 12,85% Architekten. Die Versorgungswerke der rechts- und steuerberatenden Berufe stellen 19,03% der Gesamtmitgliedschaft.

### Leistungen

23 Die Versorgungswerke haben – wie die gesetzliche Rentenversicherung – die Sicherung des Lebensstandards auf der Grundlage des versicherten Einkommens zum Ziel; die Leistungen sind daher auch dynamisch. Bei der Beurteilung des Verhältnisses von Beitrag und Leistung im Vergleich zu anderen Sicherungssystemen ist der im Versorgungswerk abgegrenzte homogene Personenkreis zu berücksichtigen, weshalb versicherungsfremde Leistungen

sowie Aspekte des sozialen Ausgleichs kaum eine Rolle spielen.

### Leistungen bei Alter

24 Die Versorgungswerke gewähren Altersrenten ab Vollendung des 65. Lebensjahrs. Die Altersgrenze gilt in der Regel auch für Frauen. Der Versicherte braucht seine Berufstätigkeit nicht aufzugeben, um Rente zu erhalten. Eine Wartezeit wird in den meisten Fällen nicht vorausgesetzt; ist dies ausnahmsweise doch der Fall, beträgt sie regelmäßig 60 Beitragsmonate. Einige Versorgungswerke haben flexible Altersgrenzen eingeführt, d. h. der Versicherte kann Altersrente bereits vor oder erst nach Vollendung des 65. Lebensjahrs beziehen. Er erhält allerdings aus versicherungsmathematischen Gründen eine niedrigere Rente, wenn er sie früher in Anspruch nimmt. Umgekehrt ist die Rente höher, wenn sie erst später in Anspruch genommen wird. Die berufsständischen Versorgungswerke zahlen nach dem Stand Ende 2004 Renten an etwa 127.000 Versorgungsempfänger.

25 Die Höhe der Renten wird sehr unterschiedlich ermittelt. Sie ist abhängig von Höhe und Zahl der geleisteten Beiträge, die mit einer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelten Rentenbemessungsgrundlage multipliziert werden. Oft wird zusätzlich eine pauschale Ausfallzeit von 8 Jahren für die Dauer der Ausbildung berücksichtigt. Zeiten der Kindererziehung ohne Berufsausübung sind grundsätzlich dadurch involviert, dass ein Kindererziehungsjahr bei der Berechnung der Invaliditätsrente unberücksichtigt bleibt und damit den Rentenwert nicht negativ beeinflusst. Nach einem vollen Erwerbsleben mit entsprechend hohen Beiträgen (die Durchschnittsbeiträge betragen in 2004 709 Euro monatlich) können Monatsrenten von 2.000 Euro und darüber erzielt werden. In jüngster Vergangenheit sind die durchschnittlichen Monatsbeiträge jedoch gesunken, was auf eine im Durchschnitt leicht verschlechterte allgemeine Einkommenssituation auch der Angehörigen der freien Berufe hindeutet. Derzeit ist allerdings zu berücksichtigen, dass die meisten Werke noch kein volles Erwerbsleben abdecken können, da sie erst in den 60er oder 80er Jahren gegründet wurden. Die durchschnittliche Altersrente beträgt nach dem Stand Ende 2004 rd. 1.900 Euro

Viele Einrichtungen gewähren zum Altersruhegeld einen Kinderzuschuss für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

### Leistungen bei Berufsunfähigkeit

26 Die Versorgungseinrichtungen gewähren Berufsunfähigkeitsrente, wenn der Versicherte den spezifischen Beruf, für den die jeweilige Versorgungseinrichtung eingerichtet wurde, nicht mehr ausüben kann. Der Versicherte darf nur innerhalb dieses Berufs auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden, nicht aber auf einen ganz anderen Beruf.

27 Die meisten Versorgungseinrichtungen gewähren Schutz bei Berufsunfähigkeit bereits dann, wenn nur ein Beitrag gezahlt worden ist, also praktisch ohne Erfüllung einer Wartezeit. Nur in wenigen Fällen wird eine (meistens 5jährige) Wartezeit vorausgesetzt.

28 Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrenten wird in enger Anlehnung an die Berechnung der Altersrenten bestimmt. Auch Kinderzuschüsse werden unter denselben Voraussetzungen wie bei Altersrenten gezahlt.

### Leistungen an Hinterbliebene

29 Bei Tod des Versicherten werden Witwen- bzw. Witwer- und Waisenrenten gezahlt. Zusätzlich wird oft ein einmaliges Sterbegeld gewährt. Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung betragen Witwen- und Witwerrenten in der Regel 60%, sonst zwischen 50 und 70% der zugrunde gelegten Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente.

30 Vollwaisenrenten betragen meistens 30% der zugrunde gelegten Alters- oder Hinterbliebenenrente; die Höhe der Halbwaisenrenten ist sehr unterschiedlich, sie beträgt oft die Hälfte einer Vollwaisenrente.

31 Renten an geschiedene Ehegatten können gewährt werden, wenn eine Ehe vor dem 1. Juli 1977 geschieden worden ist.

### Sonstige Leistungen

32 Die meisten Versorgungswerke gewähren in unterschiedlichem Umfang Rehabilitationsleistungen (in der Regel Geldzuschüsse) zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Diese Leistungen sind Ermessensleistungen; d. h. auf ihre Gewährung besteht kein Anspruch.

33 Einige Einrichtungen gewähren einen Einmal- oder Rückgewährbetrag, wenn das Mitglied keine Leistungen in Anspruch genommen hat und/oder keine versorgungsberechtigten Hinterbliebenen hinterlässt. Anspruchsberechtigt können z. B. sein der Ehegatte, Eltern oder vom verstorbenen Mitglied

benannte Empfangsberechtigte. Einige Einrichtungen sehen ferner freiwillige Unterhaltsleistungen an bestimmte Personen vor, wenn ein versichertes Mitglied stirbt, ohne versorgungsberechtigte Hinterbliebene zu hinterlassen. Diese Leistungen stellen sicher, dass die Versorgungseinrichtung für gezahlte Beiträge stets eine Gegenleistung erbringt.

## Organisation

34 Derzeit existieren 86 berufsständische Versorgungswerke. Vielfach sind durch Staatsverträge zwischen einzelnen Bundesländern Angehörige freier Berufe aus verschiedenen Bundesländern in einem Versorgungswerk zusammengefasst. Fast alle Versorgungswerke (82) haben sich in der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke, einem eingetragenen Verein mit Sitz in Köln und Berlin, zusammengeschlossen. Für die einzelnen Berufe ist der Bestand an Versorgungseinrichtungen sehr unterschiedlich. Weitgehend flächendeckend gibt es Versorgungswerke für die Arztberufe, für Apotheker, Rechtsanwälte, Architekten, Notare, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater (die letzten beiden Gruppen erst in jüngster Zeit).

## Finanzierung

35 Die Ausgaben der Berufsständischen Versorgungswerke werden allein durch Beiträge der Mitglieder und Vermögenserträge finanziert. Öffentliche Zuschüsse aus Bundes- oder Landesmitteln gibt es nicht. Die Beitragshöhe orientiert sich in der Regel an der Beitragshöhe der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Mitglieder können die Beitragshöhe in einem gewissen Rahmen selbst bestimmen.

36 Das am meisten verwendete Finanzierungssystem ist das offene Deckungsplanverfahren. Es stimmt mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden Leistungen und Beiträge langfristig ab. Außerdem finden die modifizierte Anwartschaftsdeckung und das Umlageverfahren mit Kapitalstock Verwendung. Die Deckungsanlagen der berufsständischen Versorgungswerke betragen nach dem Stand Ende 2004 rd. 88,5 Mrd. Euro.

## Beratungsstellen und Auskunft

37 Auskunft und Beratung können bei den einzelnen Versorgungseinrichtungen bzw. Berufskammern in Anspruch genommen werden.

## Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer

### Berufsständische Versorgungswerke

38 Nach dem Staats- und Einigungsvertrag war in den alten und neuen Bundesländern die Organisationsstruktur der Alters- und Invaliditätssicherung zu harmonisieren. Dies bedeutet, dass auch in den neuen Bundesländern der Weg zur Gründung berufsständischer Versorgungseinrichtungen offen war. Freiberufler, die ihren Beruf in den neuen Bundesländern ausüben, konnten daher frei wählen, ob sie allein in den bereits bestehenden oder noch zu gründenden berufsständischen Versorgungseinrichtungen ihren sozialen Schutz suchen oder aber gleichzeitig Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung bleiben wollten. Insoweit bestand zwischen den in den alten und neuen Bundesländern maßgebenden rentenrechtlichen Vorschriften kein Unterschied.

39 Sofort nach dem 3. Oktober 1990, dem Tag der Einigung, sind zunächst nur die Ärzte im Ostteil der Stadt Berlin in die (bereits bestehende) Berliner Ärzteversorgung einbezogen worden. Nur kurze Zeit später hat dann in allen neuen Bundesländern die Gründung von berufsständischen Versorgungswerken eingesetzt. Mittlerweile gibt es in den neuen Bundesländern ebenso wie in den alten Bundesländern so gut wie flächendeckend berufsständische Versorgungswerke für die pflichtverkamerten freien Berufe (Rdnr. 17).

40 Die landesrechtlichen Versorgungsregelungen sehen regelmäßig vor, dass diejenigen freiberuflich Tätigen, die bei Errichtung der berufsständischen Versorgungseinrichtung noch nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben, pflichtversichert sind. Den 45- bis unter 60jährigen freiberuflich Tätigen ist in der Regel die Möglichkeit eingeräumt, die Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung auf Antrag herbeizuführen. Wie in den alten Bundesländern haben die freiberuflich Tätigen, die gesetzlich verpflichtet sind, der berufsständischen Versorgungseinrichtung anzugehören, das Recht, sich auf Antrag von einer aufgrund ihrer freiberuflichen Tätigkeit oder Beschäftigung bestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien zu lassen. Den 45- bis unter 60jährigen freiberuflich Tätigen, die nicht kraft gesetzlicher Verpflichtung, sondern aufgrund ihres Antrags Mitglied der Versorgungseinrichtung geworden sind, steht damit ein Recht zur

Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht zu.

### Zusatzversorgung für Bezirksschornsteinfegermeister

41 In den alten Bundesländern wird – seit 1970 – selbständigen Schornsteinfegermeistern nach dem Schornsteinfegergesetz eine Zusatzrente auf der Grundlage einer Gesamtversorgungsberechnung gewährt. Die Gesamtversorgung beläuft sich für die ersten 20 Jahre auf 3,5 v. H. des Jahreshöchstbetrages pro Versicherungsjahr und für die darauf folgenden 10 Jahre auf 3 v. H. des Jahreshöchstbetrages pro Versicherungsjahr. Der Jahreshöchstbetrag beträgt 72 v. H. des Brutto-(grund)entgelts nach BAT V c (einschließlich Ortszuschlag Klasse 2 und regelmäßigen Sonderzuwendungen; ab 1. Januar 2006 24.218,48 Euro/2.018,21 Euro monatlich). Obwohl der bisherige BAT durch einen neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst abgelöst wurde, der andere Tarifgruppeneinteilungen vorsieht, ist es zunächst im Hinblick auf den Jahreshöchstbetrag bei der Anknüpfung an den - alten - BAT geblieben. Demnächst wird jedoch auch hier eine Anknüpfung an den neuen Tarifvertrag und eine entsprechende Tarifgruppe erfolgen. So weit unterjährig eine Tarifierhöhung für die im öffentlichen Dienstbeschäftigten Arbeiter und Angestellten erfolgt, erhöht sich zeitgleich und entsprechend der Jahreshöchstbetrag. Auf den so ermittelten Gesamtversorgungsbetrag wird die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung angerechnet, so weit diese auf Pflichtbeitragszeiten beruht. Als Zusatzversorgungsrente wird somit die Differenz zwischen der Gesamtversorgung und der anrechenbaren Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet. Ist die gesetzliche Rente höher als die maßgebende Gesamtversorgung, wird eine Mindestzusatzversorgung in Höhe von 1,5 v. H. des Jahreshöchstbetrages pro Jahr der Bestellung als Bezirksschornsteinfegermeister gewährt.

42 Die Zusatzversorgung für Bezirksschornsteinfegermeister ist zum 1. August 1994 auf die neuen Bundesländer mit folgenden Maßgaben übergeleitet worden:

- Zusatzrentenberechtigt sind nur Personen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Überleitung der Schornsteinfegerversorgung (1. August 1994) noch aktiv als Bezirksschornsteinfegermeister in den neuen Bundesländern tätig waren.
- Zeiten als Bezirksschornsteinfegermeister in den neuen Bundesländern werden rückwirkend ab dem 1. Januar 1992 (dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Rentenrechts nach dem SGB VI in den neuen Bundesländern) als Versicherungszeit in der Schornsteinfegerversorgung angerechnet.
- Als Jahreshöchstbetrag (Ost) gilt in den neuen Bundesländern der Betrag, der sich ergibt, wenn der Jahreshöchstbetrag (West) mit dem Verhältnis aus dem jeweiligen aktuellen Rentenwert (Ost) – ab 1. Juli 2005 weiterhin: 22,97 Euro – zu dem aktuellen Rentenwert – ab 1. Juli 2005 weiterhin: 26,13 Euro – vervielfältigt wird. Zum 1. Januar 2006 ergibt sich danach ein Jahreshöchstbetrag (Ost) in Höhe von 1.774,14 Euro (2.018,21 Euro x 22,97/26,13 Euro).

43 Da für die Ermittlung der Gesamtversorgung ausschließlich Zeiten als bestellter Bezirksschornsteinfegermeister ab 1. Januar 1992 berücksichtigt werden, wird in den ersten Jahren nach der Überleitung der Schornsteinfegerversorgung die Gesamtversorgung regelmäßig niedriger sein als die anzurechnende Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Dies bedeutet, dass in den ersten Jahren nach der Überleitung der Schornsteinfegerversorgung in den meisten Fällen die Mindestzusatzversorgung in Höhe von 1,5 v. H. des Jahreshöchstbetrages (Ost) pro Jahr – frühestens ab 1. Januar 1992 – der Bestellung als Bezirksschornsteinfegermeister in den neuen Bundesländern zur Auszahlung kommt.

44 Die Erstreckung des Geltungsbereiches der Zusatzversorgung der Bezirksschornsteinfeger auf die neuen Bundesländer machte auch eine Erweiterung der Selbstverwaltungsorgane der Versorgungsanstalt (Vertreterversammlung, Vorstand) erforderlich.

# 15

## Soziale Sicherung der Beamten

### Allgemeines

1 Die soziale Sicherung der Beamten sowie der Richter und Soldaten stellt ein eigenständiges System neben der gesetzlichen Sozialversicherung dar. Während die Sozialversicherung wesentlich geprägt ist durch den Gedanken des sozialen Ausgleichs und die Sicherung des Arbeitnehmers einschließlich seiner Familie durch eine Solidargemeinschaft, sind die beamtenrechtliche Alters- und Hinterbliebenensicherung, die Kranken- und Pflegesicherung sowie die Unfallfürsorge Ausdruck der Alimentations- und Fürsorgepflicht des Dienstherrn aus dem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis. Die Leistungen werden grundsätzlich in vollem Umfang aus öffentlichen Kassen finanziert. Die in der Verfassung festgelegten „hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums“ stellen die rechtliche Basis für das Beamtenversorgungsrecht und die beamtenrechtliche Beihilfe im Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen dar. Bei aller Unterschiedlichkeit in der rechtlichen und tatsächlichen Ausgangsposition bestehen vielfache Gemeinsamkeiten und Berührungspunkte zwischen der sozialen Sicherung der Beamten und dem allgemeinen Sozialversicherungssystem. Änderungen sowohl in der gesetzlichen Renten- als auch der Kranken- und Pflegeversicherung sind in den letzten Jahren stets von parallelen Regelungen im Beamtenversorgungs- und im Beihilferecht begleitet worden. Politisches Ziel war dabei jeweils eine weitgehende Angleichung und Harmonisierung der Systeme unter Wahrung der unterschiedlichen Strukturprinzipien.

2 Auf die Beamtenversorgung kommen ebenso wie auf die gesetzliche Rentenversicherung mittel- und langfristig erhebliche Finanzierungsprobleme zu. Alle Systeme der Alterssicherung haben sich in den kommenden Jahrzehnten insbesondere auf die sich abzeichnenden Änderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung einzustellen.

3 Neben der demographischen Entwicklung ist die zweite wesentliche Ursache für die in den nächsten 25 Jahren stark anwachsenden finanziellen Belastungen vor allem in der Entwicklung der Personalzahlen bei Bund, Ländern und Gemeinden seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts zu sehen. Von 1970 bis 2002 stieg die Zahl der Beamten, Richter und Berufssoldaten (ohne Bahn- und Postbeamte) von ca. 900.000 auf 1,5 Mio. an, ein Zuwachs von fast 67%. Die Zahl der Versorgungsempfänger ist von 788.000 (1970) auf 889.000 (2003) gestiegen und wird voraussichtlich mit 1,59 Mio. im Jahre 2050 einen Höchststand erreichen. Der Personalzuwachs an Beamten und Richtern geht primär auf das Einstellungsverhalten der Bundesländer in den Bereichen Bildung (Lehrer, Hochschullehrer) und innere Sicherheit (Polizei, Justiz) zurück. Ferner wirkt sich die gerade in den 70er Jahren besonders dynamische Besoldungsentwicklung parallel zur Einkommensentwicklung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes erheblich auf die Versorgungskosten aus.

Die Versorgungskosten werden darüber hinaus entscheidend beeinflusst durch die Laufzeit der Leistungen. Hier spielt neben der Lebenserwartung auch das durchschnittliche Alter bei der Zuruhesetzung eine Rolle. Das durchschnittliche Ruhestandseintrittsalter bei den Beamten, Richtern und Soldaten der Gebietskörperschaften lag von 1993 bis 1999 bei 58,9 Jahren; es ist im Jahr 2002 auf 60,3 Jahre gestiegen.

Nach dem Dritten Versorgungsbericht der Bundesregierung vom 25. Mai 2005 ist davon auszugehen, dass die Versorgungsausgaben der Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Gemeinden) trotz der schon durchgeführten kostendämpfenden Maßnahmen von rd. 24,6 Mrd. Euro im Jahr 2003 bis zum Jahr 2050 um das rd. 3,7fache auf rd. 91,4 Mrd. Euro ansteigen werden (bei Bezügeanpassungen von 2% jährlich).



Neben der Entwicklung der Versorgungslasten in absoluten Zahlen wird im Dritten Versorgungsbericht auch der Anteil der Versorgungsausgaben an der gesamtwirtschaftlichen Leistung (Bruttoinlandsprodukt) dargestellt, die so genannte „Versorgungsquote“: Dabei erfolgt eine Modellrechnung zunächst ohne Bezügeanpassungen und ohne Wachstum des Bruttoinlandsprodukts. Die Versorgungsquote bringt somit zum Ausdruck, in welchem Maß das BIP (hier von 2002) durch Versorgungsausgaben in Anspruch genommen würde, die sich ohne Bezügeanpassungen allein aufgrund der Zahl und Struktur der Versorgungsempfänger der Jahre von 2003 bis 2050 ergeben würden. Die Versorgungsquote der Gebietskörperschaften zusammen steigt von 1,15% im Jahr 2003 um 50% auf 1,72% im Jahr 2030 an und bleibt bis 2050 auf diesem hohen Niveau. Dabei ist der Anstieg der Quote bei den Ländern (70% bis 2030) und bei den Gemeinden (30%) sehr hoch, während die Quote des Bundes nahezu unverändert bleibt.

Zur Begrenzung der für die Gebietskörperschaften – vor allem der Länder und Gemeinden – prognostizierten Belastungsspitzen hat der Gesetzgeber entsprechende Maßnahmen ergriffen. Insbesondere werden von Bund und Ländern Versorgungsrücklagen aufgebaut; im Zeitraum der Spitzenbelastung sollen die Fondsmittel zur Teilfinanzierung der Versorgungskosten eingesetzt werden, um die öffentlichen Haushalte zu entlasten.

4 Die gesetzliche Krankenversicherung und das System der Krankenfürsorge für Beamte (Beihilfe) haben als gemeinsames Ziel die finanzielle Absicherung des einzelnen Arbeitnehmers oder Beamten und seiner Familienangehörigen im Krankheits- und Pflegefall. Auch hier unterscheiden sich die Strukturprinzipien der für Beamte geltenden Regelungen von denen des entsprechenden Sozialversicherungssystems (gesetzliche Krankenversicherung) grundlegend. Zu den charakteristischen Elementen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung gehören das Solidarprinzip (Beitragspflicht der abhängig Beschäftigten und der Arbeitgeber), das Sachleistungsprinzip und das Prinzip der Leistungsverantwortung durch einen vom Arbeitgeber in der Regel rechtlich getrennten Leistungsträger (Krankenkasse). Kennzeichnend für die beamtenrechtliche Beihilfe im Krankheits-, Pflege- und Geburtsfall ist demgegenüber die verfassungsrechtlich verankerte Alimentations- und Fürsorgepflicht des

Dienstherrn, das Prinzip der (teilweisen) Erstattung der krankheits- und pflegebedingten Aufwendungen des Beamten in Geld (Erstattungsprinzip) und die Leistungsverantwortung des Dienstherrn selbst.

Die Beihilfeleistungen stellen eine Ergänzung der Besoldung dar; die Beamten haben die Aufwendungen im Krankheitsfall in erster Linie aus ihren monatlichen Bezügen zu bestreiten. Wegen der Unvorhersehbarkeit der Krankheitsbelastungen wird die Beihilfe als ergänzende Hilfe zur möglichen und zumutbaren Eigenvorsorge gezahlt. Die Beamten sind nicht zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet. Überwiegend erfolgt die Absicherung durch eine private Krankenversicherung. Entsprechendes gilt für Aufwendungen im Falle einer notwendigen häuslichen oder stationären Pflege; nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Beamte allerdings gesetzlich verpflichtet, eine die Beihilfeleistungen ergänzende private Pflegeversicherung abzuschließen.

Aus dem Erstattungsprinzip folgt, dass die in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen zunächst mit eigenen Mitteln zu finanzieren sind und erst danach auf Antrag die Aufwendungen teils von der privaten Krankenversicherung und teils vom Dienstherrn (Beihilfe) erstattet werden.

## Beamtenversorgung

### Aufgabe des Beamtenversorgungsrechts

5 Das Beamtenverhältnis ist als Rechtsbeziehung auf Lebenszeit ausgestaltet. Bis zum Ausscheiden aus dem aktiven Dienst mit Erreichen der Altersgrenze oder wegen Dienstunfähigkeit folgt aus dem verfassungsrechtlichen Alimentationsprinzip die Pflicht des Dienstherrn, dem Beamten und seiner Familie den amtsangemessenen Lebensunterhalt zu ermöglichen; dies ist Aufgabe der Besoldung. Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst besteht die Alimentationspflicht fort, da sich das Rechtsverhältnis zwischen Dienstherrn und Ruhestandsbeamten – mit verändertem Inhalt – fortsetzt. Wegen entfallender Aufwendungen im Ruhestand und der geringeren Bedürfnisse im Alter sind die Altersbezüge geringer als die Besoldung. Durch das am 01.01.2002 in Kraft getretene Versorgungsänderungsgesetz wird der frühere Ruhegehaltsatz von 75 v. H. der im aktiven Dienst zuletzt erhaltenen Bezüge schrittweise bis auf 71,75 v. H. vermindert (Rdnr. 15).



## Versorgungsberechtigte

6 Anspruch auf Leistungen der Beamtenversorgung haben Beamte auf Lebenszeit mit dem Beginn des Ruhestandes. Für Beamte auf Zeit gelten die Bestimmungen des Versorgungsrechts entsprechend. Ferner sind anspruchsberechtigt beim Tod des Beamten oder Ruhestandsbeamten seine Hinterbliebenen, d. h. Witwen/Witwer und die Waisen.

## Versorgungsarten

7 Zu den Leistungen der Beamtenversorgung gehören insbesondere

- das Ruhegehalt,
- der Unterhaltsbeitrag,
- die Hinterbliebenenversorgung,
- die Unfallfürsorge und
- die jährliche Sonderzahlung.

## Ruhegehalt

8 Das Ruhegehalt ist der Kernbestandteil der Versorgung. Anspruch auf Ruhegehalt haben Beamte, die mit Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand getreten sind oder – bei dauernder Dienstunfähigkeit – vorzeitig in den Ruhestand versetzt worden sind. Keinen Ruhegehaltsanspruch haben Beamte, die – sei es auf eigenen Antrag oder als Folge eines Disziplinarverfahrens – aus dem Beamtenverhältnis entlassen worden sind; sie werden in der gesetzlichen Rentenversicherung nachversichert, nicht jedoch in der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes. Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Ableistung einer Dienstzeit von mindestens fünf Jahren Voraussetzung für das Ruhegehalt.

9 Die Regelaltersgrenze ist das 65. Lebensjahr. Sie kann bei besonderem dienstlichem Bedürfnis auf Antrag des Beamten angehoben werden, höchstens bis zur Vollendung des 68. Lebensjahres. Auf Antrag können Beamte bereits mit 63 Jahren (Antragsaltersgrenze) in den Ruhestand versetzt werden. In diesem Fall wird das Ruhegehalt jedoch um einen Versorgungsabschlag gemindert. Der Versorgungsabschlag wurde am 01.01.1998 eingeführt und stufenweise erhöht. Für diejenigen Beamten, die nach dem Jahr 2003 die Antragsaltersgrenze erreichen, werden für jedes Jahr des vorgezogenen Ruhestandes von dem nach den allgemeinen Regelungen errechneten Ru-

hegehalt 3,6 v. H. abgezogen. D. h., bei einem auf Antrag um zwei Jahre vorgezogenen Ruhestand mit Erreichen des 63. Lebensjahres wird das errechnete Ruhegehalt um 7,2 v. H. reduziert, und zwar auf Dauer.

10 Für Schwerbehinderte ist als Antragsaltersgrenze das 60. Lebensjahr festgelegt. Mit dem „Gesetz zur Neuordnung der Versorgungsabschlüsse“ wurden zum 01.01.2001 entsprechend der für die gesetzliche Rentenversicherung getroffenen Regelung Versorgungsabschlüsse auch für den Fall der Inanspruchnahme der Antragsaltersgrenze durch Schwerbehinderte eingeführt (3,6 v. H. für jedes Jahr des vorgezogenen Ruhestandes vor Vollendung des 63. Lebensjahres, höchstens 10,8 v. H.). Der Abschlag wird in vollem Umfang wirksam für Beamte ab dem Geburtsjahrgang 1943. Für Beamte der Geburtsjahrgänge 1941 und 1942, deren Schwerbehinderung nach dem 16. November 2000 anerkannt wurde oder wird, gilt eine Übergangsregelung.

11 Besondere Altersgrenzen gelten für Beamtengruppen, die überdurchschnittlich hohe Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit erfüllen müssen, z. B. Polizisten, Justizvollzugsbeamte, Feuerwehrleute; für sie bildet meist das 60. Lebensjahr die Altersgrenze.

12 Für alle Beamtengruppen gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Versorgung“. D. h., es muss im Fall der Dienstunfähigkeit stets geprüft werden, ob die volle Dienstfähigkeit wiederhergestellt werden kann oder ob zumindest eingeschränkte Dienstfähigkeit noch vorhanden ist, so dass eine Weiterbeschäftigung, gegebenenfalls auch in einem anderen Tätigkeitsbereich, ermöglicht wird (z. B. Innendienst statt Vollzusaufgaben für Polizisten).

Seit 1999 gibt es das Institut der Teildienstfähigkeit. Danach kann bei eingeschränkter Dienstfähigkeit die verbliebene Arbeitskraft des Beamten weiter genutzt werden, sofern die Einschränkung 50% nicht überschreitet. Die Besoldung des begrenzt dienstfähigen Beamten entspricht dem Umfang seiner Arbeitsleistung. Er erhält jedoch Bezüge mindestens in Höhe des Ruhegehalts, das er im Falle einer Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit erhalten hätte. Erst wenn alle Möglichkeiten einer anderweitigen oder teilweisen Weiterverwendung definitiv ausscheiden, darf die vorzeitige Zuruhesetzung erfolgen.

Nach dem Gesetz zur Neuordnung der Versorgungsabschlüsse wird seit 01.01.2001 bei Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit ebenfalls ein Versorgungsabschluss in Höhe von 3,6 v. H. für jedes Jahr des vor dem 63. Lebensjahr in Anspruch genommenen Ruhegehalts berechnet, höchstens jedoch 10,8 v. H.; dies gilt nicht, wenn die Dienstunfähigkeit auf einem Dienstunfall beruht.

### **Berechnung des Ruhegehalts**

Das Ruhegehalt errechnet sich aus den ruhegehaltfähigen Dienstbezügen und der ruhegehaltfähigen Dienstzeit.

13 Ruhegehaltfähige Dienstbezüge sind die Dienstbezüge aus Vollbeschäftigung, die bei Eintritt in den Ruhestand zugestanden haben oder zugestanden hätten, wenn eine Vollbeschäftigung ausgeübt worden wäre. Zu den ruhegehaltfähigen Dienstbezügen gehören das Grundgehalt, der Familienzuschlag der Stufe 1 und sonstige Dienstbezüge, wie etwa Zulagen, die im Besoldungsrecht als ruhegehaltfähig ausgewiesen sind. Dienstbezüge aus einem Beförderungsamte sind nur dann ruhegehaltfähig, wenn die Besoldung aus diesem Amt seit mindestens drei Jahren bezogen worden ist.

Im Fall der Dienstunfähigkeit aufgrund Dienstunfalls wird die Besoldungsstufe zugrunde gelegt, die der Beamte bis zum Eintritt in den Ruhestand wegen Erreichens der gesetzlichen Altersgrenze hätte erreichen können.

14 Weiterer Berechnungsfaktor für das Ruhegehalt ist die ruhegehaltfähige Dienstzeit. Hierzu zählt zunächst die tatsächlich im Beamtenverhältnis verbrachte Zeit ab Vollendung des 17. Lebensjahres, ausgenommen z. B. die Zeit einer Beurlaubung im privaten Interesse. Hinzugerechnet werden bspw. der Wehrdienst sowie Ausbildungs- und Studienzeiten, wenn sie für die Einstellung vorgeschrieben sind. Ferner können z. B. Zeiten als Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst und Zeiten im ausländischen öffentlichen Dienst berücksichtigt werden.

Seit dem 01. Juli 1997 werden Zeiten einer Fachschul- oder Hochschulausbildung nur noch bis zu drei Jahren als ruhegehaltfähige Dienstzeit berücksichtigt.

Bei vorzeitiger Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit wird eine Zurechnungszeit berücksichtigt. Dabei wird die Zeit vom Eintritt in den

Ruhestand bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres für die Berechnung des Ruhegehalts der ruhegehaltfähigen Dienstzeit zu zwei Dritteln hinzugerechnet.

Zeiten einer Teilzeitbeschäftigung sind nur zu dem Teil ruhegehaltfähig, der dem Verhältnis der ermäßigten zur vollen (regelmäßigen) Arbeitszeit entspricht.

Wenn Teilzeit- oder Beurlaubungsphasen in der Summe länger als zwölf Monate gedauert haben, gilt nach dem Dienstrechtsreformgesetz seit 01. Juli 1997, dass Ausbildungszeiten, einschließlich der Anwärter- oder Referendardienstzeiten, nur anteilig berücksichtigt werden.

### **Ruhegehaltssatz**

15 Bis 1991 galt eine degressive Ruhegehaltsskala, nach der der Ruhegehaltssatz bis zum vollendeten 10. Dienstjahr 35 v. H. betrug, mit jedem weiteren bis zum 25. Dienstjahr um 2 Prozentpunkte und danach für jedes Jahr um einen Prozentpunkt anstieg. Der Höchstsatz von 75 v. H. wurde nach dieser Regelung bereits nach 35 Dienstjahren erreicht. 1992 wurde ein linearer Steigerungsfaktor eingeführt; der Ruhegehaltssatz beträgt für jedes Jahr ruhegehaltfähiger Dienstzeit 1,875 v. H. bis zur Höchstgrenze von 75 v. H., die nach einer ruhegehaltfähigen Dienstzeit von 40 Jahren erreicht wird.

Für den Übergang von der degressiven auf die lineare Ruhegehaltsskala gilt folgende Überleitungsregelung: Beamte, die bis zum 31. Dezember 2001 die Altersgrenze erreichten, wurden nicht von der linearen Ruhegehaltsskala erfasst. Die jüngeren Beamten, die ab dem 01. Januar 2002 die Altersgrenze erreichen, behalten den nach damaligem Recht am 31.12.1991 erreichten Ruhegehaltssatz. Ab 01. Januar 1992 steigt dieser grundsätzlich um jährlich 1 v. H. Ist die Anwendung des linearen Steigerungsfaktors auf die gesamte ruhegehaltfähige Dienstzeit aber günstiger, wird der Ruhegehaltssatz auf diese Weise berechnet.

Mit dem Versorgungsänderungsgesetz 2001 hat der Gesetzgeber die allmähliche Absenkung des Versorgungsniveaus auf 71,75 v. H. festgelegt. Damit wurden die Änderungen in der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Beamtenversorgung übertragen. Im Einzelnen wurden folgende Maßnahmen getroffen:

- Der Höchstruhegehaltssatz wird ab 01.01.2003 stufenweise von 75 auf 71,75 v. H. gesenkt. Die Absenkung erfolgt in acht Schritten, jeweils bei einer Besoldungs- und Versorgungsanpassung.

Die Erhöhung der Versorgungsbezüge wird deshalb ab 2003 um insgesamt 4,33% geringer ausfallen als der Anstieg der Besoldung. Mit dieser Maßnahme überträgt der Gesetzgeber die im Rahmen der Rentenreform getroffenen Kürzungen wirkungsgleich auf die Beamtenversorgung. Zum Zeitpunkt der achten Anpassung ab dem Jahr 2003 wird der Ruhegehaltssatz für alle Versorgungsempfänger auf höchstens 71,75 v. H. vermindert.

- Einbeziehung der aktiven Beamten in die gesetzliche Förderung einer privaten kapitalgedeckten Altersversorgung ab dem Jahr 2002.
- Aussetzung des weiteren Aufbaus der Versorgungsrücklage zur Vermeidung von Doppelbelastungen, voraussichtliches Wiedereinsetzen des Aufbaus (0,2 Prozentpunkte Minderung bei jeder allgemeinen Bezügeerhöhung) ab 2011 und Fortsetzung bis 2017 (Rdnr. 51).
- Absenkung der Hinterbliebenenversorgung bei gleichzeitiger Einführung eines Kinderzuschlags zum Witwengeld und Einführung weiterer kinderbezogener Verbesserungen in Übereinstimmung mit den Maßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung (Rdnr. 19 und 28).

### Altersteilzeit

16 Nach dem Vorbild der gesetzlichen Rentenversicherung wurde 1998 eine Regelung zur Altersteilzeit für Beamte eingeführt. Ziel der Altersteilzeit ist es, ein besonderes Personalsteuerungselement zu schaffen, das auch einen arbeitsmarktpolitischen Beitrag des öffentlichen Dienstes ermöglicht. Altersteilzeit kann gewährt werden, wenn der Antrag sich auf die Zeit bis zum Beginn des Ruhestandes erstreckt und der Beamte bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung verbindlich erklärt, ob er mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze oder vorher nach Erreichen einer Antragsaltersgrenze in den Ruhestand treten will. Ferner ist Voraussetzung, dass der Beamte das 55. Lebensjahr vollendet hat und in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Altersteilzeit drei Jahre mindestens teilzeitbeschäftigt war. Die Regelung ist befristet; die Altersteilzeit muss vor dem 01.01.2010 beginnen.

Die Altersteilzeit kann entweder durchgehend mit der Hälfte der bisherigen Arbeitszeit oder in Form der Blockbildung (z. B. fünf Jahre Vollzeitarbeit, fünf Jahre Freistellung) wahrgenommen werden. Alters-

teilzeit mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit kann nur bewilligt werden, wenn die Zeit der Freistellung so gefasst wird, dass der Beamte zuvor mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit Dienst leistet. Zuzüglich zu den auf 50% reduzierten Bezügen erhält der mit der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigte Beamte in Altersteilzeit einen Zuschlag in Höhe der Differenz zwischen 83% der Nettoeinkünfte, die bei Vollzeitbeschäftigung zustehen würden und den Nettoeinkünften aus der Altersteilzeit. Hinsichtlich der Ruhegehaltfähigkeit wird er so gestellt, als würde er im Umfang von 90% der regelmäßigen Arbeitszeit Dienst leisten. Ein Rechtsanspruch auf Inanspruchnahme der Altersteilzeit besteht jedoch nicht. Für den Bereich des Bundes wurde die Inanspruchnahme erheblich eingeschränkt. So soll für die Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen Beamtinnen und Beamten Altersteilzeit seit 01.01.2005 grundsätzlich nicht mehr bewilligt werden. Für die Älteren steht die Bewilligung unter dem Vorbehalt, dass dringende dienstliche Belange nicht entgegenstehen.

### Mindestruhegehalt

17 Die Berechnung des Ruhegehalts bei vorzeitigem Ruhestand aufgrund Dienstunfähigkeit erfolgt nach den allgemeinen Regeln unter der Berücksichtigung einer Zurechnungszeit. Dabei kann das errechnete Ruhegehalt (z. B. aufgrund nur weniger Dienstjahre) hinter dem Niveau zurückbleiben, das der Ruhestandsbeamte und seine Familie zum angemessenen Lebensunterhalt benötigen. Für diesen Fall besteht Anspruch auf das Mindestruhegehalt. Dieses beträgt 35 v. H. der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge oder, wenn dies günstiger ist, 65 v. H. der Besoldung aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4 zuzüglich eines Erhöhungsbetrags von 30,68 Euro.

Die Mindestversorgung dient der Sicherung des Existenzminimums im Alter und bei Dienstunfähigkeit. Sie ist unmittelbare Konsequenz aus dem verfassungsrechtlichen Alimentationsprinzip und stellt sicher, dass Ruhestandsbeamte nicht auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Mit Wirkung vom 01. Juli 1997 wurde eine Ausnahme vom Prinzip der Mindestversorgung eingeführt: Bleibt ein Beamter wegen langer Freistellungszeiten (Beurlaubung, Teilzeitbeschäftigung) mit seinem „erdienten“ Ruhegehalt hinter der gesetzlichen Mindestversorgung zurück, erhält er nur das erdiente Ruhegehalt.

### Unterhaltsbeitrag

18 Ein Unterhaltsbeitrag kann auf Antrag bewilligt werden, wenn ein Ruhegehaltsanspruch nicht entstanden ist. Erfasst sind Beamte, die vor Erreichen der fünfjährigen Wartezeit dienstunfähig werden oder schon vor der Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit wegen Dienstunfähigkeit entlassen werden müssen.

### Hinterbliebenenbezüge

19 Hinterbliebenenbezüge können der Witwe/dem Witwer und Kindern des Beamten/der Beamtin zustehen. Die Dienst- oder Ruhegehaltsbezüge für den Sterbemonat gehören zum Nachlass des Verstorbenen; die Erben müssen den Teil der Bezüge, der auf den Monatsteil nach dem Todestag entfällt, nicht zurückerstatten. Der überlebende Ehegatte und die Kinder erhalten ein Sterbegeld in Höhe des Zweifachen der monatlichen Bezüge des verstorbenen (Ruhestands-) Beamten. Der überlebende Ehegatte hat Anspruch auf Witwen- bzw Witwergeld. Mit dem Versorgungsänderungsgesetz 2001 wurde das Witwengeld von 60 auf 55 v. H. des Ruhegehalts abgesenkt, das der Verstorbene erhalten hat oder erhalten hätte, wenn er am Todestag in den Ruhestand versetzt worden wäre. Als Ausgleich wurde ein Kinderzuschlag zum Witwengeld eingeführt. Ihn erhalten Witwen/Witwer, die ein Kind erzogen haben. Für das erste Kind entspricht er bei 36 Monaten der Kindererziehung der Höhe nach zwei Entgeltpunkten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für jedes weitere Kind wird ein (weiterer) Entgeltpunkt erreicht. Die Neuregelung gilt dann nicht, wenn die Ehe vor dem 01.01.2002 geschlossen wurde und ein Ehegatte bis zum 31.12.2001 das 40. Lebensjahr vollendet hat. Voraussetzung für das Witwengeld ist, dass der verstorbene Beamte eine mindestens fünfjährige Dienstzeit abgeleistet hat. Wenn die Ehe mit dem Beamten weniger als ein Jahr gedauert hat, wird gesetzlich das Vorliegen einer so genannten „Versorgungsehe“ vermutet, mit der Folge, dass in der Regel kein Anspruch auf Witwengeld besteht. Den Kindern des verstorbenen Beamten steht Waisengeld zu. Es beträgt für Vollwaisen 20 v. H., für Halbwaisen 12 v. H. des Ruhegehalts und wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, für Waisen, die noch in der Ausbildung sind, längstens bis zum 27. Lebensjahr gewährt.

Besonderheiten für das Witwen- und Waisengeld bestehen für den Fall, dass der Beamte oder Ruhestandsbeamte infolge eines Dienstunfalls verstirbt.

### Unfallfürsorge

20 Unfallfürsorge wird als Schadensausgleich bei Dienstunfällen gewährt. Der Begriff des Dienstunfalls ist gesetzlich definiert als „auf äußerer Einwirkung beruhendes, plötzliches, örtlich und zeitlich bestimmtes, einen Körperschaden verursachendes Ereignis, das in Ausübung des Dienstes eingetreten ist“. Eine Krankheit des Beamten gilt als Dienstunfall, wenn nach Art der dienstlichen Tätigkeit eine besondere Gefahr der Erkrankung an bestimmten Krankheiten bestanden hat. Es gilt die Berufskrankheitenverordnung der gesetzlichen Unfallversicherung. Mit dem Versorgungsänderungsgesetz 2001 wurde sichergestellt, dass der Dienstunfallschutz auch Unfälle bei dienstlich veranlassten Nebentätigkeiten und bei Tätigkeiten, deren Wahrnehmung von dem Beamten im Zusammenhang mit seinem Hauptamt erwartet wird, erfasst. Einbezogen in den Kreis der Unfallfürsorgeberechtigten ist nun auch das während einer Schwangerschaft durch einen Dienstunfall der Beamtin geschädigte Kind.

### Sachschäden

21 Ersatz für Sachschäden wird gewährt, wenn bei einem Dienstunfall Kleidungsstücke oder sonstige Gegenstände, die der Beamte mit sich geführt hat, beschädigt oder zerstört wurden oder abhanden gekommen sind.

### Heilverfahren

22 Der Anspruch des durch Dienstunfall verletzten Beamten auf Heilverfahren (ärztliche Behandlung, Arznei- und andere Hilfsmittel, ggf. Krankenhausbehandlung) wird dadurch erfüllt, dass ihm grundsätzlich die notwendigen und angemessenen Auslagen erstattet werden. Wenn der Beamte infolge des Dienstunfalls so hilflos ist, dass er nicht ohne fremde Hilfe und Pflege auskommen kann, werden die Kosten einer notwendigen Pflege in angemessenem Umfang erstattet. Ist der Beamte in den Ruhestand versetzt worden, so ist ihm auf Antrag für die Dauer der Hilflosigkeit ein Zuschlag zum Unfallruhegehalt bis zum Erreichen der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge zu gewähren. Der Anspruch auf Unfallfürsorgeleistungen geht dem Beihilfeanspruch vor.

### Unfallausgleich

23 Einen Unfallausgleich erhält der verletzte Beamte, wenn er infolge des Dienstunfalls in seiner Erwerbsfähigkeit länger als sechs Monate wesentlich

beschränkt ist. Der Unfallausgleich wird neben den Dienstbezügen oder dem Ruhegehalt gezahlt. In der Höhe entspricht der Unfallausgleich der Grundrente aus der Kriegsopferversorgung unter Berücksichtigung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

### **Unfallruhegehalt**

24 Ein Unfallruhegehalt erhält der Beamte auf Lebenszeit oder auf Probe, der infolge eines Dienstunfalles dauernd dienstunfähig und in den Ruhestand versetzt worden ist. Für die Berechnung des Unfallruhegehalts eines vor Vollendung des 60. Lebensjahres in den Ruhestand versetzten Beamten wird der ruhegehaltfähigen Dienstzeit die Hälfte der Zurechnungszeit (Rdnr. 14) hinzugerechnet. Der Ruhegehaltsatz erhöht sich gegenüber dem nach den allgemeinen Regelungen berechneten Ruhegehaltsatz um 20 v. H. Das Unfallruhegehalt beträgt mindestens 66 2/3 v. H. der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge.

25 Hat ein Beamter bei Ausübung einer Diensthandlung, mit der für ihn eine besondere Lebensgefahr verbunden war, sein Leben eingesetzt und infolge dieser Gefährdung einen Dienstunfall erlitten, so sind bei der Bemessung des Unfallruhegehalts 80 v. H. der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der übernächsten Besoldungsgruppe zugrunde zu legen, wenn er infolge dieses Dienstunfalles dienstunfähig geworden, in den Ruhestand getreten und vom Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand an infolge des Dienstunfalles in seiner Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 v. H. beschränkt ist. Für Beamte in den niedrigeren Besoldungsgruppen ihrer Laufbahn gelten hinsichtlich der Bemessungsgrundlage weitere die Versorgung verbessernde Besonderheiten.

### **Einmalige Unfallentschädigung**

26 Ist der Dienstunfall bei einer mit besonderer Lebensgefahr verbundenen Diensthandlung eingetreten, wird neben einer beamtenrechtlichen Versorgung bei Beendigung des Dienstverhältnisses eine einmalige Entschädigung von 76.700 Euro gezahlt, wenn der Beamte infolge des Unfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens 80 v. H. beeinträchtigt ist. Bei einem tödlichen Dienstunfall beträgt die Entschädigung für den Ehegatten und die versorgungsberechtigten Kinder 38.350 Euro. Wenn ein Ehegatte und versorgungsberechtigte Kinder nicht vorhanden sind, beträgt die Entschädigung für die Eltern und die nicht versorgungsberechtigten Kinder insgesamt 19.175

Euro; sind solche Anspruchsberechtigte auch nicht vorhanden, beträgt die Entschädigung für die Großeltern und die Enkel insgesamt 9.587 Euro.

### **Versorgung von Beamten im einstweiligen Ruhestand**

27 In den einstweiligen Ruhestand können die so genannten politischen Beamten versetzt werden. Dies sind z. B. die Staatssekretäre und die Ministerialdirektoren in den Bundesministerien, leitende Beamte des Bundesamtes für Verfassungsschutz, des Bundesnachrichtendienstes, des Militärischen Abschirmdienstes, des Bundeskriminalamtes, Beamte des auswärtigen Dienstes von der Besoldungsgruppe B 3 an aufwärts, der Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof sowie der Bundesbeauftragte für den Zivildienst. Die Ausübung dieser besonderen Funktionen erfordert dauernde Übereinstimmung mit den politischen Ansichten und Zielen der Regierung. Die Schnittstellen zwischen Politik und Verwaltung sollen mit Beamten besetzt werden können, mit denen die Regierung die wirkungsvolle Durchsetzung ihrer politischen Ziele gewährleistet sieht. Politische Beamte können jederzeit in den einstweiligen Ruhestand versetzt werden; allerdings haben sie, wenn ihnen ein gleichwertiges Amt verliehen werden soll, der Wiederberufung in den aktiven Dienst Folge zu leisten (was aufgrund der herausgehobenen Positionen jedoch in der Praxis nur selten möglich ist). Bis zum 31. Dezember 2010 können auch andere Beamte, die ein Amt der Bundesbesoldungsordnung B innehaben, in den einstweiligen Ruhestand versetzt werden. Voraussetzung ist, dass ihre Behörde aufgelöst, in ihrem Aufbau wesentlich verändert oder mit anderen Behörden verschmolzen wird und das Aufgabengebiet des Beamten davon betroffen ist.

Der in den einstweiligen Ruhestand versetzte politische Beamte erhält zunächst die volle Besoldung für den laufenden und die folgenden drei Monate. Die sich anschließende Versorgung ist durch das Versorgungsreformgesetz 1998 wesentlich eingeschränkt worden. Danach wird eine Versorgung auf Lebenszeit nur dann gezahlt, wenn eine Dienstzeit von fünf Jahren abgeleistet und damit die allgemeine Wartezeit erfüllt worden ist. Das Ruhegehalt wird entsprechend der Anzahl der Monate, die der Beamte das politische Amt innehatte, – mindestens für die Dauer von sechs Monaten, längstens für die Dauer von drei Jahren – in Höhe von 75 v. H. der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der



zuletzt maßgeblichen Besoldungsgruppe gewährt. Danach wird das tatsächlich erdiente Ruhegehalt – berechnet nach den allgemeinen Vorschriften – gezahlt. Die Regelung, wonach die ersten fünf Jahre des einstweiligen Ruhestandes als ruhegehaltfähige Dienstzeit galten, ist aufgehoben worden. Wird die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, ist der Beamte zu entlassen, wird nachversichert und erhält ein Übergangsgeld. Aus Vertrauensschutzgründen gelten die Regelungen des Versorgungsreformgesetzes 1998 nur für diejenigen politischen Beamten, denen das Amt, aus dem sie in den einstweiligen Ruhestand versetzt worden sind, nach dem 31. Dezember 1998 übertragen worden ist.

### **Kindererziehungs- und Pflegezuschläge**

28 Kindererziehungszeiten einer Beamtin oder eines Beamten wurden in der Beamtenversorgung ursprünglich in der Weise berücksichtigt, dass die Zeit eines Erziehungsurlaubs (jetzt: Elternzeit) bis zu dem Tag als ruhegehaltfähig gewertet wurde, an dem das Kind sechs Monate alt wurde. Diese Rechtslage gilt für vor dem 1. Januar 1992 geborene Kinder grundsätzlich fort.

Für ab dem 1. Januar 1992 geborene Kinder wird neben dem Ruhegehalt ein Zuschlag gezahlt. Dieser Kinderzuschlag wird entsprechend der in der Rentenversicherung geltenden Regelung berechnet. Berechnungsfaktoren sind Entgeltpunkte und aktueller Rentenwert.

Die Höhe des Kinderzuschlags entspricht für jedes Jahr der Kindererziehung ca. einem Entgeltpunkt in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für jedes Kind werden höchstens drei Jahre der Kindererziehung berücksichtigt.

Die kinderbezogenen Verbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Rentenreform 2001 wurden auf die Beamtenversorgung übertragen:

- **Kindererziehungsergänzungszuschlag:** Ihn erhalten Versorgungsempfänger, die gleichzeitig mehrere Kinder erzogen haben oder neben der Kindererziehung Dienst geleistet oder nicht erwerbsmäßig Pflegeleistungen (§ 3 SGB VI) erbracht haben.
- **Pflegezuschlag:** Dieser steht zu, wenn eine nicht erwerbsmäßige Pflegeleistung (mindestens 14 Stunden pro Woche) durch einen Beamten oder

eine Beamtin nicht zu Ansprüchen in der gesetzlichen Rentenversicherung geführt hat (z. B., weil die rentenrechtliche Wartezeit nicht erreicht wird). Die Höhe des Pflegezuschlags hängt vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab.

- **Kinderpflegeergänzungszuschlag:** Dieser Zuschlag wird ergänzend zum Pflegezuschlag gewährt. Er setzt die nicht erwerbsmäßige Pflege eines Kindes voraus, längstens für die Zeit bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes. Pflege – und Kinderpflegeergänzungszuschlag dürfen zusammen den Wert eines Entgeltpunktes nicht übersteigen. Der Anspruch auf den Kinderpflegeergänzungszuschlag besteht nicht neben Rentenversicherungsansprüchen aus der Pflege Tätigkeit und ebenfalls nicht neben dem Kindererziehungsergänzungszuschlag.
- Die Zuschläge werden nicht gezahlt, soweit durch sie die erreichbare Höchstversorgung des Beamten oder der Beamtin überschritten würde.

### **Vorübergehende Erhöhung des Ruhegehaltssatzes**

29 Für Personen, die erst nach einer länger als fünf Jahre dauernden rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung in das Beamtenverhältnis berufen worden sind und vor Vollendung des 65. Lebensjahres in den Ruhestand versetzt werden, besteht nach dem Rentenrecht grundsätzlich kein Anspruch auf vorgezogene Altersrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Eine hierdurch entstehende Versorgungslücke bis zum Erreichen des Regelrentenalters kann auf Antrag durch vorübergehende Erhöhung des verdienten Ruhegehaltssatzes überbrückt werden.

Voraussetzung ist, dass der Beamte oder die Beamtin einen Ruhegehaltssatz von 66,97 v. H. noch nicht erreicht hat, keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, dienstunfähig ist oder wegen Erreichens einer besonderen Altersgrenze in den Ruhestand getreten ist, die Wartezeit für das Altersruhegeld in der gesetzlichen Rentenversicherung (60 Monate) erfüllt und keine höheren Einkünfte als 325 Euro im Monatsdurchschnitt bezieht.

### **Jährliche Sonderzahlung**

30 Versorgungsempfänger des Bundes erhalten eine jährliche Sonderzahlung in Höhe von 4,17% der Versorgungsbezüge für das Kalenderjahr (rd. 50% eines Monatsbezugs). Die Zahlung erfolgt im Dezember.



Für die Versorgungsempfänger der Länder und Gemeinden gelten landesgesetzliche Regelungen. Die Sonderzahlung hat die frühere Sonderzuwendung („Weihnachtsgeld“) ersetzt.

Eine der Sonderzahlung entsprechende Leistung wird an die Rentnerinnen und Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung nicht gezahlt. Die unterschiedliche Regelung wird damit begründet, dass in der Rente die während der aktiven Beschäftigungszeit erhaltenen Sonderzahlungen aufgrund der hierfür anfallenden Entgeltpunkte berücksichtigt sind. Sonderzahlungen sind daher rechnerisch in jeder Monatsrente mit enthalten. Demgegenüber richtet sich die Beamtenversorgung nach dem Besoldungsanspruch für einen Kalendermonat. Die Sonderzahlung während der aktiven Dienstzeit wirkt sich dementsprechend auf die Höhe des regulären monatlichen Ruhegehalts nicht aus.

### **Anpassung der Versorgungsbezüge**

31 Änderungen in der Besoldung der aktiven Beamten wirken sich auf die Höhe der Versorgungsbezüge insoweit aus, als gleichzeitig entsprechende gesetzliche Regelungen für die Beamtenversorgung zu treffen sind. Dadurch ist sichergestellt, dass die Ruhegehaltsempfänger an der allgemeinen wirtschaftlichen und finanziellen Entwicklung teilhaben. Die mit dem Versorgungsreformgesetz 1998 eingeführte Versorgungsrücklage bei Bund und Ländern führt dazu, dass in den Jahren 1999 bis 2017 nicht nur die Besoldungs-, sondern auch die Versorgungsanpassungen um durchschnittlich 0,2 Prozentpunkte pro Jahr vermindert werden. Auf die Modifikationen durch das Versorgungsänderungsgesetz 2001 für die Jahre 2003 bis 2010 wird hingewiesen (Rdnr. 15).

### **Anrechnung beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit sonstigen Einkünften**

32 Neben dem Ruhegehalt oder sonstigen Versorgungsbezügen kann der Versorgungsempfänger weitere Einkünfte beziehen. Für bestimmte Fallgruppen hat der Gesetzgeber Bedarf für eine Anrechnung sonstiger Einkünfte auf Versorgungsbezüge gesehen. Geregelt sind folgende Konstellationen:

#### **Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Einkommen**

33 Mit dem Versorgungsreformgesetz 1998 sind die Vorschriften zur Anrechnung von Einkünften aus

Erwerbstätigkeit der Versorgungsempfänger grundlegend geändert worden. Insbesondere ist die frühere Unterscheidung zwischen Einkommen innerhalb und außerhalb des öffentlichen Dienstes aufgehoben worden.

Die Neuregelung führt dazu, dass auch Einkünfte aus privatwirtschaftlicher Tätigkeit, d. h. selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb und Land- und Forstwirtschaft, in gleicher Weise auf die Versorgung angerechnet werden wie Verwendungseinkommen aus einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst. Ausgenommen sind Aufwandsentschädigungen, soweit sie steuerfrei sind, sowie Einkünfte aus wissenschaftlicher und künstlerischer Tätigkeit eines Versorgungsempfängers, die nach Art und Umfang einer zusätzlichen Nebentätigkeit eines aktiven Beamten entspricht.

34 Die Versorgungsbezüge werden neben dem Einkommen nur bis zum Erreichen einer bestimmten Höchstgrenze gezahlt.

Als Höchstgrenze gilt für Ruhestandsbeamte grundsätzlich die Endstufe der Besoldung eines aktiven Beamten in der für das Ruhegehalt maßgeblichen Besoldungsgruppe. Der Betrag, um den die Höchstgrenze überschritten wird, wird von den Versorgungsbezügen abgezogen. Allen Versorgungsberechtigten ist jedoch mindestens ein Betrag in Höhe von 20% des Versorgungsbezugs zu belassen. Der Dienstherr soll – unabhängig von der Höhe des Hinzuverdienstes – zur Gewährung eines Mindestmaßes an Alimentation verpflichtet bleiben. Nach dem Versorgungsänderungsgesetz 2001 gilt dies aber dann nicht, wenn das Einkommen aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst aus derselben oder einer höheren Besoldungs- oder vergleichbaren Vergütungsgruppe gezahlt wird wie die Versorgungsbezüge.

Nach Vollendung des 65. Lebensjahres gelten die Anrechnungsvorschriften nur noch für Erwerbseinkommen aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst (Verwendungseinkommen). Unter den Begriff „Verwendung im öffentlichen Dienst“ fällt jede Beschäftigung im öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde oder einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft.

Für politische Beamte im einstweiligen Ruhestand gilt für Einkommen aus privatwirtschaftlicher Tätigkeit eine Sonderregelung; die Versorgungsbezüge ruhen lediglich in Höhe der Hälfte des Betrages,

um den sie und das Einkommen die Höchstgrenze übersteigen.

Ferner gelten Sonderbestimmungen für das Zusammentreffen von Versorgungsbezügen eines Wahlbeamten auf Zeit (z. B. kommunalen Wahlbeamten) aus privatwirtschaftlicher Tätigkeit während des Ruhestandes.

### **Zusammentreffen von mehreren Versorgungsbezügen in einer Person**

35 Treffen mehrere Versorgungsbezüge zusammen – Beispiel: Die Witwe eines Beamten erhält ein Ruhegehalt aus eigenem Beamtenverhältnis –, so werden die früher entstandenen neben den neuen Versorgungsbezügen nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze gezahlt. Die neueren Versorgungsbezüge bleiben unberührt. Als Höchstgrenze gelten z. B. für die Witwe, die neben dem Witwengeld einen eigenen Ruhegehaltanspruch erwirbt, 75 v. H. aus der Endstufe der dem Witwengeld zugrunde liegenden Besoldungsgruppe des verstorbenen Ehemannes.

36 Vom Prinzip her in ähnlicher Weise wird die Beamtenversorgung gekürzt, wenn ein Beamter während einer – ruhegehaltfähigen – Zeit der Beurlaubung zwecks Tätigkeit für eine internationale Einrichtung (z. B. Europäische Union, NATO) dort zusätzlich eigenständige Versorgungsansprüche erwirbt

### **Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Renten**

37 Neben Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes und aus der gesetzlichen Unfallversicherung sowie neben Leistungen aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen und befreienden Lebensversicherungen aufgrund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst werden Versorgungsbezüge ebenfalls nur bis zu einer Höchstgrenze gezahlt. Für Ruhestandsbeamte gilt als Höchstgrenze ein fiktives Ruhegehalt, das sich errechnet aus einer ruhegehaltfähigen Dienstzeit, die erhöht wird insbesondere um alle bei der Berechnung der Rente zu berücksichtigenden Zeiten.

Die Regelung ist vom Grundgedanken her zugeschnitten auf die nicht seltenen Fälle, in denen vor Eintritt in das Beamtenverhältnis eine langjährige rentenversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde. Zum Teil zählen dieselben Zeiten zur Entstehung und für die Höhe sowohl der Rente als auch der

Beamtenversorgung mit, insbesondere die Anrechnungs- und Zurechnungszeiten. Die zeitlich aufeinander folgende Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Alterssicherungssystemen darf aber nicht zu einer höheren Gesamtversorgung führen als die dauernde Zugehörigkeit zu nur einem dieser Systeme

Die vom Gesetzgeber getroffene Regelung lässt den Rentenanspruch ungeschmälert bestehen. Die Höchstgrenze, bei deren Überschreitung die Versorgungsbezüge gekürzt werden, wird so bemessen, dass keine höhere Gesamtversorgung als bei einem „Nur-Beamten“ entsteht.

Seit dem 01.01.2002 werden auch Kapitalleistungen, Beitragserstattungen oder Abfindungen anstelle einer Rente in die Anrechnung einbezogen.

### **Versorgungsausgleich bei Ehescheidung**

38 Bei Ehescheidung ist nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch der Ehegatte, der während der Ehezeit die höheren Anwartschaften oder Ansprüche erworben hat, verpflichtet, die Hälfte des Wertes an den anderen Ehegatten abzugeben. Bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung überträgt das Familiengericht Rentenanwartschaften auf den berechtigten Ehegatten in Höhe der Hälfte des Unterschiedsbetrages („Rentensplitting“). Bei Beamtenversicherungsansprüchen ist dies nicht möglich; der geschiedene Ehegatte eines Beamten erhält keine Versorgungsansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz. Stattdessen begründet das Familiengericht für den Berechtigten eine Rentenanwartschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe der Hälfte des Unterschiedsbetrages (so genanntes „fiktives“ oder „Quasi-Splitting“).

Die Versorgung des ausgleichspflichtigen Beamten wird in diesem Fall grundsätzlich in Höhe des Monatsbetrages der Rentenanwartschaft gekürzt, die für den berechtigten Ehegatten begründet worden ist. Die Versorgungsansprüche der geschiedenen Ehegatten sind mit Rechtskraft des Urteils des Familiengerichts voneinander unabhängig. Daraus folgt z. B., dass die Kürzung der Beamtenversorgung bestehen bleibt, auch wenn die Rentenzahlung an den früheren Ehegatten endet.

Der geschiedene Beamte oder Ruhestandsbeamte kann die Kürzung seiner Versorgungsbezüge durch Zahlung eines Kapitalbetrags an den Dienstherrn ganz oder teilweise abwenden.

## Nachversicherung

39 Ein Beamter, der ohne Versorgungsansprüche aus dem Dienstverhältnis ausscheidet, wird für die Dauer des Beamtenverhältnisses in der gesetzlichen Rentenversicherung - nicht aber in der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes - nachversichert. Die hierfür zu entrichtenden Beiträge, Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil, werden allein vom Dienstherrn getragen.

## Ausblick: Zukunft der Beamtenversorgung

40 Die Versorgungsberichte der Bundesregierung von 1996 bis 2001 haben die Notwendigkeit der seit 1992 eingeleiteten Reformen durch die Versorgungsnovelle 1992, das Dienstrechtsreformgesetz 1997, das Versorgungsreformgesetz 1998 und zuletzt durch das Versorgungsänderungsgesetz 2001 nachdrücklich belegt. Der im Mai 2005 vorgelegte Dritte Versorgungsbericht der Bundesregierung macht deutlich, dass die bisherigen Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der Beamtenversorgung noch immer nicht ausreichen. Nach den Vorausberechnungen werden die Versorgungsausgaben auch unter Berücksichtigung der Maßnahmen des Versorgungsänderungsgesetzes 2001 in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen und einen wachsenden Teil der gesamtwirtschaftlichen Leistung und der Steuereinnahmen in Anspruch nehmen.

Alle Änderungen im Beamtenversicherungsrecht sind an dem verfassungsrechtlich festgelegten Alimentationsprinzip zu messen; zugleich ist jedoch die Entwicklung der sozialversicherungsrechtlichen Parallelbestimmungen als sozialer Standard auch für die Fortentwicklung der Beamtenversorgung mit zu berücksichtigen. Von diesen – zum Teil gegenläufigen – Aspekten wird die versorgungspolitische Debatte auch der nächsten Jahre entscheidend geprägt sein.

## Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

41 Im Gegensatz zur Beamtenversorgung ist das Recht der Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nicht gesetzlich, sondern (für den Bereich des Bundes) lediglich in Verwaltungsvorschriften geregelt. Der folgenden Darstellung werden die Beihilfenvorschriften für die Bundesbeamten und -richter zugrunde gelegt. Die für Landes und Kommunalbe-

amte geltenden Vorschriften lehnen sich in der Regel an die Beihilfenvorschriften des Bundes an. Besondere Regelungen gelten für die Polizeibeamten und die Soldaten; diese haben vorrangig Anspruch auf freie Heilfürsorge.

## Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige

42 Neben den Beamten, Richtern und Versorgungsempfängern sind auch deren Witwen/Witwer sowie die hinterbliebenen Kinder beihilfeberechtigt, solange Witwen- oder Waisengeld oder ein Unterhaltsbeitrag nach dem Beamtenversorgungsgesetz gewährt wird. Berücksichtigungsfähige Angehörige sind der Ehegatte des Beihilfeberechtigten sowie die nach dem Besoldungsrecht im Familienzuschlag berücksichtigten Kinder.

## Höhe der Beihilfe

43 Die beamtenrechtliche Krankenfürsorge gewährleistet keine Vollabsicherung, sondern nur eine anteilige Erstattung der notwendigen und angemessenen Aufwendungen des Berechtigten im Krankheitsfall. Für beihilfeberechtigte Bundesbeamte und -richter gilt ein Erstattungssatz von 50 v. H., für berücksichtigungsfähige Ehegatten 70 v. H. und für Kinder 80 v. H.

Für die verbleibenden Aufwendungen hat der Beamte oder die Beamtin selbst Vorsorge zu treffen, die aus den Dienstbezügen zu bestreiten ist. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung bieten auf die jeweiligen Beihilfesätze abgestimmte Tarife für beihilfeberechtigte Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige an. Die Beihilfeleistungen dürfen zusammen mit Leistungen aus einer privaten Versicherung für ein und denselben Krankheitsfall die Aufwendungen, die dem Grunde nach beihilfefähig sind, nicht übersteigen. Ggf. wird die Beihilfeleistung entsprechend gekürzt. Übererstattungen sind somit ausgeschlossen.

## Beihilfefähige Aufwendungen

### Beihilfen im Krankheitsfall

44 Beihilfen werden z. B. gewährt zu Aufwendungen

- für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen der Heilpraktiker,
- für Arzneimittel, Heilbehandlungen, Hilfsmittel,

- für Krankenhausbehandlungen, Sanatoriumsbehandlungen, Heilkuren, für häusliche und stationäre Pflege sowie
- in Geburtsfällen.

Die mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. Januar 2004 eingetretenen Änderungen bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Erhöhung der Eigenanteile bei Arzneimitteln, Einführung einer Praxisgebühr) wurden wirkungsgleich in die Beihilfavorschriften übernommen.

### Beihilfen im Pflegefall

45 Die soziale Symmetrie erfordert, dass strukturelle Änderungen etwa im Bereich der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen entsprechende Anpassungen der Beihilfeleistungen zur Konsequenz haben. Demgemäß musste auch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung durch das Pflegeversicherungsgesetz vom 26. Mai 1994 Auswirkungen auf die beihilferechtliche Ausgestaltung der Absicherung des Risikos dauernder Pflegebedürftigkeit haben.

46 Die Versicherungspflicht in der sozialen (gesetzlichen) Pflegeversicherung folgt grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die große Mehrheit der Beamtinnen und Beamten, die nicht als freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, legt das Pflegeversicherungsgesetz die Pflicht fest, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen privaten Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Versicherungsvertrag muss für den Beamten selbst und ggf. seinen Ehegatten und seine Kinder Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang dem Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Die Beiträge der Beamten zu privaten, beihilfekonformen Pflegeversicherungsverträgen sind gesetzlich in gleicher Höhe begrenzt wie die Arbeitnehmerbeiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

47 Durch Änderungen der Beihilfavorschriften, die gleichzeitig mit dem In-Kraft-Treten der sozialen Pflegeversicherung vollzogen wurden, wurde zusammen mit den gesetzlichen Bestimmungen über die Pflegeversicherungspflicht das angestrebte Ziel der Leistungs- und Belastungsgerechtigkeit verwirklicht.

48 Sowohl für die häusliche als auch für die stationäre Pflege sehen die Beihilfavorschriften Leistungen

vor, die unter Beachtung des verfassungsrechtlichen Alimentationsprinzips eine Mindestabsicherung der vom Pflegerisiko im Einzelfall betroffenen Beamten sicherstellen. Insbesondere stellt die Ausgestaltung der Beihilfavorschriften grundsätzlich sicher, dass der Beamte auch im Pflegefall nicht auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesen ist.

## Organisation/Zuständigkeiten

49 Im Bereich der Bundesverwaltung ist Festsetzungsstelle für die Versorgungsbezüge des Beamten seine oberste Dienstbehörde, d. h. grundsätzlich das Ministerium, zu dessen Ressortbereich seine letzte Beschäftigungsbehörde gehört. Die Festsetzungsbehörde entscheidet über die Berücksichtigung von Zeiten als ruhegehaltfähige Dienstzeit sowie über die Bewilligung von Versorgungsbezügen aufgrund von Ermessensvorschriften. Pensionsregelungsbehörden, die u. a. verantwortlich sind für die Berücksichtigung von Versorgungsanpassungen, sind die örtlich zuständigen Oberfinanzdirektionen. Für Landes- und Kommunalbeamte bestehen anderweitige Zuständigkeiten nach Landesrecht.

50 Festsetzungsstelle für Beihilfen für aktive Beamtinnen und Beamte ist die jeweilige Beschäftigungsbehörde oder eine von dieser mit der Beihilfefestsetzung beauftragte andere Behörde, für Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene die Pensionsregelungsbehörde.

## Finanzierung

51 Die Beamtenversorgung wie auch die Beihilfeleistungen werden grundsätzlich aus den Haushaltsmitteln des jeweiligen Dienstherrn (Bund, Land, Gemeinde, Gemeindeverband, öffentlich-rechtliche Körperschaft) finanziert.

In den Jahren 2014 bis ca. 2030 wird die Versorgungskostenbelastung der öffentlichen Dienstherrn ihren Höhepunkt erreichen. Deshalb sind durch das Versorgungsreformgesetz 1998 Versorgungsrücklagen bei Bund und Ländern eingeführt worden, die z. Z. aufgebaut werden. Die Versorgungsrücklagen werden in der Weise gebildet, dass seit 1999 die Besoldungs- und Versorgungsanpassungen um durchschnittlich 0,2 Prozentpunkte vermindert werden. Mit den eingesparten Beträgen werden beim Bund und bei den Ländern rechtlich selbständige

Sondervermögen gebildet. Im Zeitraum der Spitzenbelastung stehen die Fondsrücklagen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte zur Verfügung. Bund und Länder treffen im Rahmen ihrer selbständigen Haushaltsführung die näheren Regelungen über die Ausgestaltung und Verwaltung der Sondervermögen jeweils eigenständig durch Gesetz. Für den Bereich des Bundes bestimmt das Versorgungsrücklagegesetz vom 9. Juli 1998, dass die Mittel des Sondervermögens von der Bundesbank in handelbaren Schuldverschreibungen angelegt und im Übrigen vom Bundesministerium des Innern verwaltet werden. Die Rücklage darf zweckgebunden nur zur Deckung von Versorgungsausgaben verwendet werden. Zum vorübergehenden Aussetzen des Aufbaus der Versorgungsrücklage und zur Niveauabsenkung der Versorgung vgl. Rdnr. 15.

Durch die Bezügekürzung um jeweils 0,2 Prozentpunkte zugunsten der Versorgungsrücklage und die Absenkung des Versorgungsniveaus auf höchstens 71,75 v. H. wird eine spürbare Entlastung der öffentlichen Haushalte erreicht. Darüber hinaus hat die Bundesregierung am 25.05.2005 zusammen mit dem Dritten Versorgungsbericht den Entwurf eines Versorgungsnachhaltigkeitsgesetzes beschlossen, der vor allem eine weitere Dämpfung des Anstiegs der Versorgungsbezüge vorsieht. Der Entwurf wurde in der 15. Wahlperiode nicht mehr verabschiedet. Es

bleibt abzuwarten, ob in der laufenden Wahlperiode mit den Ländern eine einvernehmliche Regelung getroffen werden kann.

## Rechtsschutz

Für alle Streitigkeiten aus dem Beamtenverhältnis steht der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten offen. Dies gilt auch für die Versorgungs- und Beihilfeangelegenheiten. Voraussetzung für das Beschreiten des Rechtsweges zu den Verwaltungsgerichten ist in beamtenrechtlichen Streitigkeiten grundsätzlich, dass zuvor ein Widerspruchsverfahren (Vorverfahren) ohne Erfolg für den Beamten durchgeführt worden ist.

## Rechtsquellen:

Grundgesetz (Artikel 33)

Bundesbesoldungsgesetz

Bundessonderzahlungsgesetz

Beamtenrechtsrahmengesetz

Beamtenversorgungsgesetz

Bundesbeamtengesetz

Beihilfavorschriften des Bundes und der 16 Länder

Beamtengesetze der 16 Bundesländer





# 16

## Zusätzliche Altersversorgung

### Zusatzversicherung bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder

#### Aufgabe

1 Ein wesentlicher Grund für die Einführung der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung im öffentlichen Dienst war neben dem Bedürfnis der Erhöhung und Ergänzung der Sozialrenten ein verwaltungstechnisches und dienstrechtliches Problem.

Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sind die Bediensteten der öffentlichen Verwaltung in Beamte, Angestellte und Arbeiter gegliedert. Dem öffentlich-rechtlich ausgestalteten Dienst- und Treueverhältnis des Beamten steht das auf privatrechtlichem Dienstvertrag beruhende Arbeitsverhältnis der Angestellten und Arbeiter gegenüber.

2 Beamte und nicht beamtete Bedienstete erfüllen in vielen Fällen sowohl inhaltlich als auch nach außen gleiche Aufgaben und üben gleiche Tätigkeiten aus. In der Altersversorgung bestand jedoch – mit der Beamtenpension auf der einen und der Sozialversicherungsrente auf der anderen Seite – ein wesentlicher Unterschied. Diese unterschiedliche Behandlung auszugleichen, war eines der Hauptmotive für die Einführung der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

3 Zweck der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) war und ist es deshalb, Arbeitnehmern im Wege privatrechtlicher Versicherung eine zusätzliche Alters-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenversorgung zu gewähren.

4 Bis zum 31. Dezember 2001 hatten die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes Anspruch auf eine beamtenähnliche Gesamtversorgung. Zu diesem Zweck wurde die Grundversorgung (gesetzliche Rente) in

Abhängigkeit von der versorgungsfähigen Zeit bis zu einer Obergrenze von 91,75% des letzten Nettoentgeltes aufgestockt.

#### Reform der Zusatzversorgung

5 Wie alle sozialen Sicherungssysteme in Deutschland steht auch die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes vor dem Problem, die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Belastungen bewältigen zu müssen.

Angesichts steigender Lebenserwartung und der damit verbundenen längeren Rentenlaufzeiten mussten die Weichen in der Zusatzversorgung neu gestellt werden. Hinzu kam, dass sich die offensive Einstellungspraxis im öffentlichen Dienst Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts in einem verstärkten Anstieg der Rentenzahlen niederschlägt.

Damit die Finanzierung der Zusatzversorgung auch bei einer sinkenden Zahl von Beschäftigten, die nicht zuletzt aus der zunehmenden Privatisierung öffentlicher Aufgaben und einem damit einhergehenden Stellen- und Personalabbau resultiert, sicher gestellt werden kann, waren die Tarifvertragsparteien des öffentlichen Dienstes gezwungen, neue Wege zu gehen.

6 Zu der finanziellen Situation kam hinzu, dass das Bundesverfassungsgericht die Tarifvertragsparteien durch Beschluss vom 22. März 2000 aufgefordert hatte, wesentliche Teile des Gesamtversorgungssystems neu zu regeln. Eine Beibehaltung des unter Berücksichtigung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts angepassten Gesamtversorgungssystems hätte kurzfristig zu einem Finanzbedarf geführt, der sowohl die Leistungsfähigkeit der Arbeitgeber als auch die der Arbeitnehmer bei Weitem überschritten hätte.

Im Übrigen war in dem Beschluss auch die Kompliziertheit der Regelungen als an der Grenze des verfassungsrechtlich Zulässigen beurteilt worden.

7 Schließlich war eine Ablösung des bisherigen Gesamtversorgungssystems auch aufgrund der durch das Altersvermögensgesetz vom 26. Juni 2001 geschaffenen steuerlichen Fördermöglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung geboten. Der Gesetzgeber hatte nämlich die große Gruppe der 4,5 Mio. Pflichtversicherten des öffentlichen Dienstes völlig aus den steuerlichen Fördermöglichkeiten des Altersvermögensgesetzes ausgeschlossen, solange das Gesamtversorgungssystem in der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes zum Tragen kam.

### Tarifvertragliche Regelungen

8 Die Tarifvertragsparteien haben sich deshalb mit dem Altersvorsorgeplan 2001 vom 13. November 2001 darauf verständigt, das bisherige Gesamtversorgungssystem der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes rückwirkend zum 1. Januar 2001 zu schließen und durch ein Betriebsrentensystem in Form eines Versorgungspunktemodells zu ersetzen.

Da es keinen Sinn machte, das alte, in wesentlichen Teilen verfassungswidrige System noch für eine Übergangszeit beizubehalten, sollten nach dem Willen der Tarifvertragsparteien alle Renten und Versorgungsanwartschaften vollständig in das neue Punktemodell überführt werden (so genannte Transfermodelllösung).

Das Jahr 2001 wurde dabei aus Gründen des Besitzstands schutzes von den Tarifvertragsparteien im Rahmen des Übergangsrechts noch entsprechend dem bisherigen Gesamtversorgungssystem berücksichtigt, so dass die in das neue Betriebsrentensystem zu überführenden Anwartschaften zum Stichtag 31. Dezember 2001 zu berechnen waren.

9 Die neue Zusatzversorgung basiert auf einem Versorgungspunktemodell. Damit wird die Gesamtbetrachtung von gesetzlicher Rente und Zusatzrente abgelöst und Leistungen werden unabhängig von externen Bezugssystemen wie der gesetzlichen Rentenversicherung, der Beamtenversorgung und dem Steuer- und Sozialabgabensystem erbracht. Die nach dem Punktemodell ermittelte Betriebsrente tritt zur Grundversorgung (gesetzliche Rente) hinzu und entwickelt sich davon losgelöst.

Aufgegeben wurde insbesondere auch die an die Beamtenversorgung angelehnte endgehaltsbezogene

Betrachtung (Dreijahreszeitraum vor Eintritt des Versicherungsfalles). Sie wurde durch eine Formel ersetzt, die in der Zusatzversorgung die gesamte Arbeitsleistung während der Pflichtversicherung widerspiegelt. Dabei werden jährlich Versorgungspunkte ermittelt, die zwei wesentliche individuelle Komponenten berücksichtigen: das zusatzversorgungspflichtige Entgelt eines jeden Versicherungsjahres und den so genannten Altersfaktor, der die Zinseffekte der dem Punktemodell zugrunde liegenden (fiktiven) Beitragsentrichtung beinhaltet.

10 Mit dem „Tarifvertrag über die betriebliche Altersversorgung der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes“ (Tarifvertrag Altersvorsorge – ATV) vom 1. März 2002 wurde der Altersvorsorgeplan 2001 redaktionell umgesetzt. Die konkrete Ausgestaltung des ATV erfolgte durch die Neufassung der Satzung der VBL vom 19.09.2002.

### Versicherte

11 Der Pflicht zur Versicherung unterliegen grundsätzlich alle Beschäftigten eines an der VBL beteiligten Arbeitgebers, die drei Voraussetzungen erfüllen.

Pflichtversichert werden Beschäftigte, d. h. Arbeitnehmer und Auszubildende,

- die das 17. Lebensjahr vollendet haben,
- die vom Beginn der Pflichtversicherung an bis zur Vollendung ihres 65. Lebensjahres die Wartezeit von 60 Umlage-/Beitragsmonaten erfüllen können und
- bei denen aufgrund eines Tarifvertrages oder – wenn keine Tarifbindung besteht – aufgrund eines arbeitsvertraglich in Bezug genommenen Tarifvertrages die Pflicht zur Versicherung besteht.

Seit dem 1. Januar 2003 besteht eine Pflichtversicherung auch für Beschäftigte, die

- für nicht mehr als zwölf Monate eingestellt wurden oder
- im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV geringfügig beschäftigt sind.

12 Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind hingegen

- geringfügig Beschäftigte im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV (so genannte kurzfristig Beschäftigte),

- Altersrentner, die eine Vollrente erhalten oder erhalten haben sowie
- Beschäftigte, die eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf eine lebenslange Versorgung nach beamten- oder soldatenrechtlichen Vorschriften oder nach entsprechenden Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen mindestens in Höhe der beamtenrechtlichen Mindestversorgung haben.

13 Sowohl die Prüfung der Voraussetzungen für die Pflicht zur Versicherung als auch die Meldungen zur VBL sind Sache des Arbeitgebers. Der Beschäftigte erhält einen Nachweis über die Anmeldung.

14 Endet die Pflichtversicherung vor Eintritt des Versicherungsfalles, so entsteht – ohne besonderen Antrag – eine beitragsfreie Versicherung.

Sofern zum Zeitpunkt der Beendigung der Pflichtversicherung die Wartezeit von 60 Kalendermonaten erfüllt ist, hat der beitragsfrei Versicherte bei Eintritt des Versicherungsfalles einen Anspruch auf die Betriebsrente.

### Freiwillige Versicherung

15 Ergänzend zur Pflichtversicherung können Beschäftigte vom 1. Januar 2002 an durch eigene freiwillige Beiträge eine zusätzliche kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung aufbauen.

Diese freiwillige Versicherung kann auch nach Beendigung der Pflichtversicherung fortgesetzt werden. Die Fortsetzung ist innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten nach Beendigung der Pflichtversicherung zu beantragen.

### Leistungen

16 Die VBL zahlt Betriebsrenten als Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten für Versicherte sowie Hinterbliebenenrenten für Witwen, Witwer und Waisen.

Die Betriebsrenten werden grundsätzlich nur dann geleistet, wenn ein vergleichbarer Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. Für einen Anspruch auf eine betriebliche Altersrente der VBL muss demzufolge ein Anspruch auf eine Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung als Vollrente gegeben sein.

Für Beschäftigte, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind (z. B. Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen), gelten Sonderregelungen.

17 Darüber hinaus leistet die VBL Abfindungen, Beitragserstattungen und, für eine zeitlich begrenzte Übergangszeit, ein Sterbegeld.

### Wartezeit

18 Die Wartezeit für einen Anspruch auf Betriebsrente beträgt 60 Kalendermonate.

Für die Wartezeit wird jeder Kalendermonat berücksichtigt, für den bis zum Beginn der Betriebsrente mindestens für einen Tag Umlagen oder Beiträge zur Pflichtversicherung geleistet wurden.

Die Wartezeit gilt auch vor Ablauf von 60 als Monaten erfüllt, wenn der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall eingetreten ist, der im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis steht, aufgrund dessen der Arbeitnehmer pflichtversichert wurde.

### Beginn und Ende der Betriebsrente

19 Die Betriebsrente beginnt grundsätzlich mit dem Beginn der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Endet die gesetzliche Rente, wird sie versagt oder nur zu einem Teil gezahlt, z. B. wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenzen, wirkt sich dieses entsprechend auf die Betriebsrente aus.

### Berechnung der Betriebsrente nach dem Punktemodell

20 Die Summe der jährlich festzustellenden Versorgungspunkte bildet die Grundlage für die Ermittlung der monatlichen Betriebsrente.

Für jeden versicherungspflichtigen Beschäftigten werden dabei auf der Grundlage des zusatzversorgungspflichtigen Entgelts Versorgungspunkte errechnet.

Die Versorgungspunkte werden dabei nach folgender Formel festgestellt:

**zusatzversorgungspflichtiges Jahresentgelt : 12**

**Referenzentgelt**

**x Altersfaktor = Versorgungspunkte**

# 16

## Zusätzliche Altersversorgung

21 Für die Ermittlung der Versorgungspunkte wird zunächst ein Zwölftel des individuellen zusatz-versorgungspflichtigen Jahresarbeitsentgeltes des Versicherten durch das so genannte Referenzentgelt geteilt. Das Referenzentgelt ist eine von den Tarifvertragsparteien festgelegte versicherungsmathematische Rechengröße. Es beträgt 1.000 Euro.

22 Der sich hieraus ergebende Betrag wird mit dem nach dem Lebensalter gestaffelten Altersfaktor multipliziert.

Dieser Altersfaktor ist eine Rechengröße, die die jährliche Verzinsung während der Anwartschaftsphase berücksichtigt und ist daher umso höher, je jünger der Versicherte im jeweiligen Kalenderjahr der Versicherung ist (z. B. bei Alter 23 = 2,5 oder bei Alter 50 = 1,1).

Der Altersfaktor richtet sich nach der folgenden Tabelle, wobei als Alter die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr gilt.

### Altersfaktorentabelle

Alter	Altersfaktor	Alter	Altersfaktor	Alter	Altersfaktor	Alter	Altersfaktor
17	3,1	29	2,1	41	1,5	53	1,0
18	3,0	30	2,0	42	1,4	54	1,0
19	2,9	31	2,0	43	1,4	55	1,0
20	2,8	32	1,9	44	1,3	56	1,0
21	2,7	33	1,9	45	1,3	57	0,9
22	2,6	34	1,8	46	1,3	58	0,9
23	2,5	35	1,7	47	1,2	59	0,9
24	2,4	36	1,7	48	1,2	60	0,9
25	2,4	37	1,6	49	1,2	61	0,9
26	2,3	38	1,6	50	1,1	62	0,8
27	2,2	39	1,6	51	1,1	63	0,8
28	2,2	40	1,5	52	1,1	64 und älter	0,8

23 Die Umrechnung der Versorgungspunkte in Euro erfolgt mittels des so genannten Messbetrages. Der Messbetrag von vier Euro ist der auf versicherungsmathematischer Grundlage festgelegte Wert eines Versorgungspunktes; d. h., pro Versorgungspunkt erhält der Arbeitnehmer eine monatliche Betriebsrente von vier Euro.

Die Zusatzrente ergibt sich somit nach folgender Formel:

$$\text{Monatliche Betriebsrente} = \text{Versorgungspunkte} \times \text{Messbetrag (4 Euro)}$$

24 Die Berechnung der Betriebsrente soll anhand des folgenden Beispiels verdeutlicht werden.

### Berechnungsbeispiel:

**Arbeitnehmerin A** geb. am **04.10.1972,**

**hat im Jahr 2005 ein Entgelt von 22.543,42 Euro bezogen.**

**Altersfaktor nach der Tabelle** 1,9 (Lebensalter: 33)

### Berechnung nach Formel

$$\frac{22.543,42 \text{ Euro}}{1.000 \text{ Euro (Referenzentgelt)}} : 12 \times 1,9 = 3,57 \text{ Versorgungspunkte}$$

Für das Jahr 2005 hat die Arbeitnehmerin 3,57 Versorgungspunkte erworben.

**Hieraus ergibt sich – für das Jahr 2005 – eine monatliche Betriebsrente von 14,28 Euro bei Rentenbeginn.**

### Soziale Komponenten

25 Nach dem Ergebnis der Tarifverhandlungen finden in dem Punktemodell auch soziale Komponenten besondere Berücksichtigung.

### Versorgungspunkte für Zurechnungszeiten

26 Bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder Hinterbliebenenrente vor Vollendung des 60. Lebensjahres werden Versorgungspunkte hinzugerechnet. Dabei werden für je zwölf volle bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres fehlende Kalendermonate weitere Versorgungspunkte gutgeschrieben. Diese entsprechen dem Verhältnis, in dem das durchschnittliche monatliche zusatzversorgungspflichtige Entgelt der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt des Versicherungsfalles zum Referenzentgelt steht. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Entgelts werden Monate ohne zusatzversorgungspflichtiges Entgelt nicht berücksichtigt.

Somit kommt es bei einem frühzeitigen Eintritt der Erwerbsminderung oder des Todes zu einer Rentensteigerung gegenüber der sich bis dahin aus der Summe der Versorgungspunkte ergebenden Rente.

### Versorgungspunkte für Zeiten des Mutterschutzes/der Elternzeit

27 Während der Zeit des Mutterschutzes bzw. der Dauer der Elternzeit (§ 15 BErzGG) wird für jeden Monat, in dem das Arbeitsverhältnis wegen des Mutterschutzes oder der Elternzeit ruht, die Anzahl von Versorgungspunkten pro Monat gutgeschrieben, die sich bei einem Entgelt von 500,00 Euro pro

Kind ergeben würden. Die pro Kind höchstens zu berücksichtigende Zeit ist auf 36 Kalendermonate beschränkt.

### Mindestversorgungspunkte

28 Bei Beschäftigten, die am 1. Januar 2002 bereits 20 Jahre pflichtversichert sind, werden für jedes volle Kalenderjahr der Pflichtversicherung bis zum 31.12.2001 mindestens 1,84 Versorgungspunkte berücksichtigt, bei Teilzeitbeschäftigten ist dieser Wert mit dem am 31.12.2001 maßgebenden Gesamtbeschäftigungsquotienten zu multiplizieren.

### Bonuspunkte

29 Im Altersvorsorgetarifvertrag ist ferner die Dynamik der bisher erworbenen Anwartschaften durch die Gutschrift so genannter Bonuspunkte (Überschussanteile) geregelt.

Im Rahmen einer fiktiven versicherungstechnischen Bilanz ist festzustellen, ob sich Überschüsse ergeben. Diese werden sodann um den Aufwand für die sozialen Komponenten und um die Verwaltungskosten der Zusatzversorgungseinrichtung vermindert. Noch verbleibende Überschüsse fließen den Versorgungspunkten der Versicherten in Form von Bonuspunkten zu.

Bonuspunkte für ein abgeschlossenes Kalenderjahr können allerdings nur für die Versicherte vergeben werden, die am Ende des folgenden Geschäftsjahres pflichtversichert sind oder beitragsfrei versichert sind und eine Wartezeit von 120 Umlage-/ Beitragsmonaten erfüllt haben.

### Startgutschrift zum 31. Dezember 2001

30 Soweit Anwartschaften im früheren Gesamtversorgungssystem erworben wurden, werden diese zum Stichtag 31. Dezember 2001 nach den Übergangsregelungen des neuen Zusatzversicherungsrechts in Versorgungspunkte umgerechnet und als Startgutschrift in das Versorgungspunktesystem übertragen.

### Anpassung der Betriebsrente

31 Die Betriebsrente wird - beginnend mit dem Jahre 2002 - jeweils zum 01.07. eines jeden Jahres um ein Prozent erhöht.

### Vorzeitige Inanspruchnahme

32 Wird die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der vorzeitigen Inanspruchnahme um einen Abschlag gemindert, reduziert sich die

Betriebsrente analog den Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme verringert sich die Rente um 0,3%. Entgegen der Abschlagsregelung in der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Abschläge in der Zusatzversorgung jedoch auf 10,8% begrenzt.

### Hinterbliebenenversorgung

33 Neben den Betriebsrenten für die Versicherten leistet die Zusatzversorgung auch Renten an Hinterbliebene.

34 Die Witwe eines Versicherten hat Anspruch auf Betriebsrente, wenn die Ehe mit dem Verstorbenen im Zeitpunkt des Todes noch bestanden hat und die Witwe eine Witwenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhält. Hat die Ehe weniger als zwölf Monate gedauert, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Witwenrente. Der Witwe steht dann jedoch der Nachweis offen, dass es nicht der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, ihr eine Rente zu verschaffen. Wird ein solcher Nachweis erbracht, besteht der Rentenanspruch, auch wenn die Ehe weniger als zwölf Monate gedauert hat.

Entsprechendes gilt für Witwer.

35 Die Betriebsrente für die Witwe/den Witwer beträgt nach Ablauf des Sterbevierteljahres bei Bezug einer kleinen Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung 25% der Betriebsrente des/der Verstorbenen; bei Bezug einer großen Witwen-/Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beträgt die Betriebsrente für die Witwe/den Witwer 60%. Wurde die Ehe nach dem 31. Dezember 2001 geschlossen oder sind beide Ehepartner, unabhängig davon, wann die Ehe geschlossen wurde, nach dem 1. Januar 1962 geboren, beträgt die große Betriebsrente für die Witwe/den Witwer 55% der Betriebsrente des/der Verstorbenen.

36 Eheleiche oder die diesen gleichgestellten Kinder des/der verstorbenen Versicherten oder des/der verstorbenen Betriebsrentenberechtigten haben Anspruch auf eine Betriebsrente für Waisen, wenn eine entsprechende Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wird.

Der Anspruch auf eine Betriebsrente für Waisen besteht grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus besteht Anspruch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn und solange die Waise

- sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet oder
- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Soweit sich die Waise in Berufsausbildung befindet, dürfen bestimmte Verdienstgrenzen nicht überschritten werden. Über das 27. Lebensjahr hinaus besteht Anspruch auf Waisenrente nur dann, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder verzögert worden ist und die Ausbildung aus diesem Grunde über das 27. Lebensjahr hinaus andauert.

37 Die Betriebsrente für die Vollwaise beträgt 20%, für die Halbwaise 10% der Betriebsrente, die der/des Verstorbene bezogen hat bzw. hätte beziehen können.

38 Die Betriebsrente für Hinterbliebene beginnt grundsätzlich zu demselben Zeitpunkt, von dem an die Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wird.

39 Ergibt sich bei Zusammenrechnung der Betriebsrenten für alle Hinterbliebenen ein höherer Betrag als die Betriebsrente des/der Verstorbenen, werden die Hinterbliebenenrenten im gleichen Verhältnis so gekürzt, dass die Betriebsrente des/der Verstorbenen nicht überschritten wird.

40 Bei den Hinterbliebenenrenten wird Einkommen entsprechend den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Betriebsrente angerechnet. Hierbei bleiben eventuelle Freibeträge sowie das Einkommen, das auf die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung angerechnet wird, unberücksichtigt. Eine Doppelmanrechnung von Beträgen, die bereits auf die gesetzliche Rente angerechnet wurden, findet nicht statt. Zu dem anzurechnenden Einkommen zählen nicht nur Arbeitsentgelte, sondern auch sonstige Rentenbezüge wie die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Leistungen der betrieblichen Altersversorgung aus einer eigenen Versicherung.

### **Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung**

41 Die VBL hat aufgrund gesetzlicher Bestimmungen von der Betriebsrente Beiträge zur gesetzlichen

Krankenversicherung und Pflegeversicherung einzuhalten und an die Krankenkasse abzuführen.

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus der Betriebsrente bemessen sich nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz, der zum 1. Juli des Vorjahres festgestellt wurde. Diese Beiträge sind von den Rentnern allein zu tragen.

Gleiches gilt für die Beiträge zur Pflegeversicherung. Anders als bei den Krankenversicherungsbeiträgen gilt hier ein einheitlicher Beitragssatz von 1,7%.

Für kinderlose Mitglieder der Pflegeversicherung wurde der Beitragssatz mit Wirkung vom 1. Januar 2005 um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95% erhöht. Für Rentner, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, entfällt dieser Zuschlag.

Gleiches gilt für Waisenrentenberechtigte, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für Wehr- und Zivildienstleistende.

Vom Beitragszuschlag befreit sind neben leiblichen Eltern auch Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern. Die Elterneigenschaft ist gegenüber der VBL nachzuweisen.

### **Abfindung**

42 Soweit ein Versicherter bei Eintritt des Versicherungsfalls einen Anspruch auf eine Betriebsrente hat, die einen Monatsbetrag von 30 Euro nicht übersteigt, wird die Betriebsrente abgefunden. Bei höheren Renten soll die VBL dann eine Abfindung anbieten, wenn die Überweisungskosten unverhältnismäßig hoch sind. Die Abfindung einer Betriebsrente als Erwerbsminderungsrente bzw. einer Betriebsrente, die nach § 10a, Abschnitt XI EStG geförderte Betriebsrentenanteile erhält, erfolgt jedoch nur auf Antrag des Betriebsrentenberechtigten.

### **Beitragserstattung**

43 Anspruch auf Beitragserstattung hat der beitragsfreie Versicherte, der die Wartezeit von 60 Umlage-/ Beitragsmonaten nicht erfüllt hat. Erstattungsfähig sind alle vom Versicherten selbst getragenen Beiträge. Eine Verzinsung der gezahlten Beiträge erfolgt nicht. Eine Beitragserstattung kann jedoch nur bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres beantragt werden.

### **Sterbegeld**

44 Beim Tod eines Versorgungsberechtigten oder einer/eines versorgungsberechtigten Witwe/Witwers



wurde im bisherigen System der Gesamtversorgung ein Sterbegeld in Höhe der Gesamtversorgung gezahlt, das auf maximal 3.000 DM bzw. 1.535 Euro begrenzt war. Nach der Einführung der kapitalgedeckten Betriebsrente nach dem Punktesystem wird das Sterbegeld nur noch für einen Übergangszeitraum gezahlt. Es belief bzw. beläuft sich für Sterbefälle

im Jahr 2002 auf	1.535 EUR,
im Jahr 2003 auf	1.500 EUR,
im Jahr 2004 auf	1.200 EUR,
im Jahr 2005 auf	900 EUR,
im Jahr 2006 auf	600 EUR,
im Jahr 2007 auf	300 EUR.

Das Sterbegeld entfällt ab dem Jahr 2008.

### Übergangsrecht

45 Die Anwartschaften der Arbeitnehmer wurden zum 01.01.2002 vollständig in das Punktemodell übergeleitet. Dabei wurde den Versicherten, die bereits eine Rente bezogen, der Besitzstandsbeitrag in Form einer so genannten Startgutschrift gutgeschrieben.

46 Hinsichtlich des Übergangsrechts sind folgende Personengruppen zu unterscheiden:

- Rentenberechtigte mit einem Rentenbeginn bis 31.12.2001:

Die Höhe der laufenden Renten und der Ausgleichsbeträge wurden zum Stichtag 31.12.2001 festgestellt und als Besitzstandsrente weitergezahlt. Diese Besitzstandsrenten werden zum 01.07. eines Jahres mit jeweils 1% bis zum Jahr 2007 dynamisiert. Die Ausgleichsbeträge aus den Übergangsregelungen des alten Systems werden in Höhe des Dynamisierungsgewinns abgebaut.

- Pflichtversicherte Arbeitnehmer im Tarifgebiet West, die am 01.01.2002 das 55. Lebensjahr vollendet haben (rentennahe Jahrgänge) oder als schwerbehinderte Menschen (Stichtag für die Schwerbehinderung und für die Erfüllung der rentenrechtlichen Wartezeit von 420 Monaten: 31.12.2001) vor dem 01.01.1950 geboren sind oder die vor dem 14.11.2001 Altersteilzeit bzw. Vorruhestand vereinbart haben:

Für diesen Personenkreis garantiert eine Sonderregelung grundsätzlich die Höhe der Rente, mit der im alten System zu rechnen war. Auf der Grundlage der am 31.12.2000 geltenden Satzung und unter Berücksichtigung der am 31.12.2001 maßgeblichen Bemessungsgrößen ist einmalig

die individuell bestimmte Versorgungsrente des Beschäftigten im Alter von grundsätzlich 63 Jahren (mit Besonderheiten bei Schwerbehinderung, Altersteilzeit und Vorruhestand) als Ausgangswert zu ermitteln. Von diesem Ausgangswert ist die vom 01.01.2002 an nach dem Punktemodell noch zu erwartende Zusatzrente abzuziehen. Die Differenz wird als Besitzstand in Versorgungspunkte umgerechnet und transferiert. Die Zusatzrente im Punktemodell aus der Summe der transferierten und der im neuen System erworbenen Versorgungspunkte erreicht somit insgesamt die Höhe der Versorgungsrente des alten Systems. Die Pflichtversicherten dieses Personenkreises haben, sofern sie nicht bereits über eine Rentenauskunft aus dem Jahr 2001 verfügen, eine Rentenauskunft zu beantragen und diese unverzüglich der zuständigen Zusatzversorgungseinrichtung zu übersenden.

- Pflichtversicherte Arbeitnehmer, bei denen der Versicherungsfall der vollen Erwerbsminderung vor dem 01.01.2007 eintritt (faktisch rentennahe Pflichtversicherte):

Für diesen Personenkreis wurde eine besondere – zeitlich befristete – Sonderregelung geschaffen. Bei Eintreten der vollen Erwerbsminderung vor dem 01.01.2007 erhalten Versicherte, die am 31.12.2001 das 47. Lebensjahr vollendet sowie mindestens 120 Umlagemonate zurückgelegt hatten, eine Startgutschrift in Anlehnung an die Bestimmungen für rentennahe Jahrgänge (siehe oben).

- Pflichtversicherte Arbeitnehmer im Tarifgebiet West, die am 01.01.2002 das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie pflichtversicherte Arbeitnehmer im Tarifgebiet Ost (so genannte rentenferne Jahrgänge):

Die im alten System erworbenen Anwartschaften der am 31.12.2001 schon und am 01.01.2002 noch Pflichtversicherten werden auf der Grundlage des § 18 Abs. 2 BetrAVG (Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung) errechnet. Stichtag für die Berechnung der so genannten Alt-Anwartschaften ist der 31.12.2001. Dieser Betrag wird in Versorgungspunkte umgerechnet und in das neue System eingestellt.

Nach § 18 Abs. 2 BetrAVG wird auf der Basis des bisherigen Rechts ausgehend von der höchst-

möglichen Gesamtversorgung durch Abzug einer nach dem steuerlichen Näherungsverfahren ermittelten gesetzlichen Rente die so genannte Voll-Leistung auf der Grundlage des höchstmöglichen Versorgungsprozentsatzes (91,75%) errechnet. Für jedes Jahr der Pflichtversicherung erhalten die Arbeitnehmer 2,25% der Voll-Leistung.

- Ehemalige Arbeitnehmer, die am 01.01.2002 nicht mehr pflichtversichert sind, jedoch die Wartezeit erfüllt haben:

In diesen Fällen werden die Anwartschaften entsprechend der bisher maßgeblichen Rentenberechnung festgestellt und in das Punktemodell übernommen.

## Finanzierung

47 Die Zusatzversorgung wurde bis Ende 1998 allein durch die Umlagen der Arbeitgeber (zuletzt 5,2% der versorgungsfähigen Bezüge) finanziert. Seit Anfang 1999 beteiligen sich die Beschäftigten an den Kosten der Zusatzversorgung.

Seit dem 01.01.2002 beträgt der Umlagesatz bei der VBL im Abrechnungsverband West 7,86%. Davon tragen die Arbeitgeber 6,45% und die Arbeitnehmer 1,41%. Bis zum 31.12.2001 betrug der Beitrag der Arbeitnehmer 1,25%.

Zur Entlastung der Arbeitnehmer wurde zugleich der pauschal nach § 40 b EStG (Einkommensteuergesetz) vom Arbeitgeber zu versteuernde Betrag der Arbeitgeber-Umlage auf monatlich 92,03 Euro angehoben.

48 Zur Finanzierung der aus dem geschlossenen Gesamtversorgungssystem herrührenden Leistungsverpflichtungen hat der beteiligte Arbeitgeber im Tarifgebiet West darüber hinaus zusätzlich seit dem 1. Januar 2002 neben der Umlage ein steuer- und sozialversicherungspflichtiges Sanierungsgeld zu entrichten.

Dieses Sanierungsgeld der Arbeitgeber soll den Mehrbedarf decken, der über die am 1. November 2001 jeweils geltende Umlage hinausgeht. Die Sanierungsgelder werden in unterschiedlicher Höhe von der Summe der im jeweiligen Kalenderjahr zusatzversorgungspflichtigen Entgelte aller Pflichtversicherten erhoben.

## Steuerliche Förderung nach § 10 a EStG („Riester-Rente“)

49 Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes gehören seit dem Jahr 2002 zum Kreis der nach § 10 a Abs. XI EStG begünstigten Personen, da sie durch den Systemwechsel keinen Anspruch mehr auf eine beamtenähnliche Gesamtversorgung haben.

§ 10 a Abs. 1 Satz 4 EStG findet daher keine Anwendung mehr.

Seit dem 1. Januar 2002 besteht damit die Möglichkeit, aus dem individuell versteuerten und verbeitragten Nettoeinkommen – neben der neuen Betriebsrente – eine zusätzliche kapitalgedeckte Altersversorgung freiwillig und unter Inanspruchnahme der steuerlichen Förderung aufzubauen. Die VBL bietet hierfür eine freiwillige Zusatzversicherung an.

## Zusatzversorgung in den neuen Bundesländern

50 Zum 1. Januar 1997 wurde für die Arbeitnehmer in den neuen Bundesländern (Tarifgebiet Ost) die Zusatzversorgung eingeführt.

Mit Datum vom 01.02.1996 haben die Tarifvertragsparteien des öffentlichen Dienstes den „Tarifvertrag zur Einführung der Zusatzversorgung im Tarifgebiet Ost (TV EZV-0)“ abgeschlossen. Mit der 29. Satzungsänderung vom selben Tag hat der Verwaltungsrat der VBL die erforderlichen Änderungen der Satzung verabschiedet.

51 Seit dem 01.01.1997 haben die Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes im Tarifgebiet Ost - nach Abschluss einer Beteiligungsvereinbarung mit der VBL - die tarifliche Verpflichtung, ihre Arbeitnehmer bei Erfüllung der Voraussetzungen für die Pflichtversicherung bei der VBL anzumelden.

52 Für die Versicherungen aus den neuen Bundesländern wird bei der VBL ein eigener Abrechnungsverband innerhalb des Anstaltsvermögens geführt (Abrechnungsverband Ost).

Vom 1. Januar 2004 wird die Finanzierung der Zusatzversorgung im Abrechnungsverband Ost schrittweise vom Umlageverfahren auf eine kapitalgedeckte Finanzierung umgestellt.

Hierzu werden ab dem 1. Januar 2004 Beiträge im Kapitaldeckungsverfahren erhoben. Daneben ist bis zur vollständigen Umstellung des Finanzierungsverfahrens zusätzlich eine Umlage zu zahlen.

53 Als Beitrag ist ab dem 1. Januar 2004 ein Prozent des Zusatzversorgungspflichtigen Entgelts zu entrichten. Dieser Beitrag wird je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer getragen.

Der Umlagesatz beträgt vom 1. Januar 2004 an ein Prozent des Zusatzversorgungspflichtigen Entgelts. Die Umlage ist allein vom Arbeitgeber zu tragen.

Die Aufwendungen für die Pflichtversicherung im Abrechnungsverband Ost betragen somit vom 1. Januar 2004 an insgesamt zwei Prozent des Zusatzversorgungspflichtigen Entgelts.

54 Sanierungsgeld ist von den beteiligten Arbeitgebern im Abrechnungsverband Ost nicht zu entrichten.

55 Die unterschiedlichen Aufwendungen zur Pflichtversicherung in den beiden Abrechnungsverbänden wirken sich jedoch nicht auf die Höhe der Betriebsrente aus. Die Rente wird in beiden Fällen in gleicher Weise berechnet.

## Organisation

56 Die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts mit Sitz in Karlsruhe. Ihre Organe sind der Vorstand und der Verwaltungsrat. Die Rechtsgrundlage ist die Satzung der VBL.

## Beratung

57 Die Beratung erfolgt direkt durch die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder mit Sitz in 76133 Karlsruhe, Hans-Thoma-Str. 19. Weitere Informationen können bei den Personalsachbearbeitern der Arbeitgeber eingeholt werden.

## Die Seemannskasse

### Aufgabe

58 Die gesetzliche Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland kennt, anders als in einer Reihe von bedeutenden Schifffahrtsländern, keine besonderen niedrigen Altersgrenzen für Seeleute.

59 Die Vertreterversammlung der See-Berufsgenossenschaft hat deshalb am 21. August 1973 mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung die Seemannskasse errichtet, die ihre Tätigkeit satzungsgemäß am 01.01.1974 aufgenommen hat.

60 Die Seemannskasse ergänzt das deutsche allgemeine Sozialversicherungssystem für die Seeleute und trägt ihren besonderen Belastungen, speziell der älteren Seeleute, Rechnung. Kernpunkt ist ein Überbrückungsgeld in Höhe der Anwartschaft vor Erreichen der allgemeinen Altersgrenzen der deutschen Rentenversicherung, die naturgemäß die speziellen Anforderungen und die Bedingungen der Schifffahrt nicht berücksichtigen können. Daneben hat die Seemannskasse in den letzten Jahren einen entscheidenden Beitrag zur sozialen Abfederung des Personalabbaus in der deutschen Seeschifffahrt leisten können.

### Versicherte

61 Bei der Seemannskasse werden Seeleute versichert, die auf Seefahrzeugen gegen Entgelt oder zu ihrer Berufsausbildung ohne Entgelt rentenversicherungspflichtig beschäftigt und bei der See-Berufsgenossenschaft unfallversichert sind, sofern diese Beschäftigung nicht geringfügig ausgeübt wird. Außerdem sind Küstenschiffer und Küstenfischer, die rentenversicherungspflichtig sind und ihre Tätigkeit nicht im Nebenerwerb ausüben, bei der Seemannskasse Mitglieder. Weiterhin werden deutsche Besatzungsmitglieder von Schiffen, die nicht unter der Bundesflagge fahren, versichert, wenn diese Seeleute ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und auf einem Schiff fahren, das im überwiegenden wirtschaftlichen Eigentum eines deutschen Reeders mit Sitz im Inland ist. Weitere Voraussetzung ist jedoch, dass der inländische Reeder eine Unfallversicherung für die deutschen Seeleute bei der See-Berufsgenossenschaft beantragt und das Schiff der Schiffsicherheitsüberwachung und Unfallverhütung durch die See-Berufsgenossenschaft unterstellt.

Nicht versichert dagegen ist, wer gem. § 4 Abs. 1 SGB VI in der Rentenversicherung nur pflichtversichert auf Antrag ist.

Dies gilt ab 1. Januar 1992 aufgrund des Einigungsvertrages (Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Re-

publik über die Herstellung der Einheit Deutschlands vom 31. August 1990) auch für Seeleute auf den in den neuen Bundesländern beheimateten Schiffen - also insbesondere des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Diese Seeleute können daher auch erst ab 1. Januar 1992 Versicherungszeiten im Sinne der Satzung der Seemannskasse erwerben.

Geringfügige seemännische Beschäftigungsverhältnisse werden in der Seemannskasse nicht versichert.

Seemännische Beschäftigungen mit einem tatsächlichen Verdienst innerhalb der so genannten Gleitzone (monatlich 400,01 Euro bis monatlich 800,00 Euro) unterliegen jedoch der Versicherungspflicht. Allerdings errechnen sich hier die vom Beschäftigten zu tragenden Beiträge - wie in der gesetzlichen Rentenversicherung - nach dem reduzierten Entgelt.

Die Seeleute, die das 45. Lebensjahr vollendet haben und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug eines Überbrückungsgeldes bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nicht mehr erfüllen können, werden auf eigenen Antrag von der Beitragspflicht in der Seemannskasse befreit.

Eine freiwillige Versicherung ist in der Seemannskasse nicht möglich, ebenso wenig eine Beitragserstattung.

## Leistungen

62 Die Seemannskasse kann satzungsgemäß ein Überbrückungsgeld, die so genannte „Seemannsrente“, zahlen.

### Überbrückungsgeld

63 Überbrückungsgeld erhält, wer

- das 56. Lebensjahr vollendet hat,
- auf Dauer nicht mehr als Seemann, Küstenschiffer, Küstenfischer oder sonst an Bord als Selbständiger in der Seefahrt - auch nicht auf ausländischen Seefahrzeugen - tätig ist,
- keinen Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung hat,
- in den letzten 18 Jahren vor Beginn des Überbrückungsgeldes überwiegend (d. h. mehr als die Hälfte der Zeit = 109 Monate) in der deutschen

Seefahrt (einschließlich Hochsee- und Küstenfischerei) als Arbeitnehmer beschäftigt oder als Küstenschiffer und Küstenfischer tätig war, wobei die Zeiten der Arbeitslosigkeit, sofern sie Beitrags- oder Anrechnungszeiten in der Rentenversicherung sind, nach dem vollendeten 50. Lebensjahr nicht in die 18-Jahresfrist eingerechnet werden; auch Zeiten eines anerkannten Anspruchs auf Überbrückungsgeld oder des Bezuges einer Vollrente wegen Alters oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung bleiben bei der Festlegung des obigen Zeitraums unberücksichtigt, wenn infolge der Rente kein Anspruch auf Überbrückungsgeld bestand,

- die Wartezeit von 240 Kalendermonaten erfüllt hat,
- einen Antrag gestellt hat,
- keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld und
- kein Überbrückungsgeld auf Zeit bezogen hat.

Versicherte, die vor dem 01.01.1999 aus der Seefahrt ausgeschieden und im Anschluss an die Seefahrt bis zum vollendeten 55. Lebensjahr ununterbrochen arbeitslos waren, erhalten aus Vertrauensschutzgründen das Überbrückungsgeld - bei Erfüllung aller weiteren Voraussetzungen - bereits ab dem vollendeten 55. Lebensjahr.

### Überbrückungsgeld auf Zeit

64 Die Seekasse darf nach der Satzungsänderung zum 01.10.2001 keine Überbrückungsgelder auf Zeit mehr zahlen.

### Wartezeit

65 Das Überbrückungsgeld wird nur dann gezahlt, wenn die Wartezeit erfüllt ist. Sie ist erfüllt, wenn eine anrechnungsfähige Seefahrtzeit von 240 Kalendermonaten (20 Jahre) zurückgelegt ist.

Hierzu zählen freiwillige Beitragszeiten sowie Anrechnungszeiten (z. B. Schulzeiten - auch auf Seefahrtsschulen -, Krankheitszeiten, Zeiten der Arbeitslosigkeit), Zeiten der Kindererziehung oder Beitragszeiten aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Übergangsgeld, auch wenn sie sich unmittelbar an Seefahrtzeiten anschließen, nicht mit.

66 Anrechnungsfähig sind alle nach der Satzungenrentenversicherungspflichtigen Seefahrtzeiten als Ar-

beitnehmer oder als pflichtversicherte Küstenschiffer und Küstenfischer.

Seefahrtszeiten, die bis zum 31.12.1991 auf Seefahrtszeugen zurückgelegt wurden, die in einem der neuen Bundesländer im Sinne des Einigungsvertrages beheimatet waren, sind nur dann anrechnungsfähig, wenn eine versicherungspflichtige Seefahrtszeit im Sinne der Satzung der Seemannskasse von mindestens einem Jahr zurückgelegt ist und das Ausscheiden aus der Seefahrt ab dem 31.12.1992 erfolgte.

### **Beginn des Überbrückungsgeldes**

67 Das Überbrückungsgeld ist nach Ablauf des Monats zu zahlen, in dem die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, frühestens vom Monat nach der Antragstellung.

### **Höhe des Überbrückungsgeldes**

68 Das Überbrückungsgeld wird in Höhe einer Regelaltersrente nach dem Stand des Versicherungskontos in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Beginn des Überbrückungsgeldes gewährt. Bei der Berechnung des Überbrückungsgeldes bleibt eine Zurechnungszeit nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung unberücksichtigt.

Das Überbrückungsgeld nimmt wie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung an den jährlichen Rentenanpassungen teil. Grundlage für die Höhe des Überbrückungsgeldes ist also die nach den Vorschriften der Rentenversicherung berechnete Regelaltersrente. Über die Vorschriften der Rentenversicherung sind damit auch die Vorschriften des Versorgungsausgleichs im Falle einer Ehescheidung zu beachten.

### **Wegfall des Überbrückungsgeldes**

69 Das Überbrückungsgeld fällt weg, wenn

- wieder eine Beschäftigung als Seemann oder eine selbständige Tätigkeit in der deutschen oder ausländischen Seefahrt aufgenommen wird sowie
- die Voraussetzungen für die Zahlung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt werden, unabhängig davon, ob diese Leistungen beantragt sind. Vollrente wegen Alters ist auch die Altersrente, die aufgrund vorzeitiger Inanspruchnahme gemindert gezahlt wird.

Das Überbrückungsgeld fällt außerdem weg, wenn Anspruch auf Arbeitslosengeld auch aufgrund einer Landbeschäftigung besteht. Dies gilt auch, wenn Arbeitslosengeld nur deshalb nicht gewährt wird, weil es nicht beantragt wurde, die Arbeitslosenmeldung nicht erfolgte, jemand aus von ihm zu vertretenden Gründen der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung steht oder weil anstelle von Arbeitslosengeld Krankengeld zusteht.

Sofern aber in solchen Fällen das Arbeitslosengeld niedriger ist als das Überbrückungsgeld, kann die Differenz zwischen dem Arbeitslosengeld und dem höheren Überbrückungsgeld gezahlt werden.

### **Anrechnung von Leistungen auf das Überbrückungsgeld**

70 Auf das Überbrückungsgeld werden grundsätzlich alle Geldleistungen aus allen Zweigen der in- und ausländischen Sozialversicherung angerechnet, also insbesondere Krankengeld, Übergangsgeld, Rente wegen Berufsunfähigkeit, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters sowie Renten eines ausländischen Versicherungsträgers.

Das gilt auch dann, wenn die Leistungen nicht bezogen werden, weil sie nicht beantragt sind.

Auf das Überbrückungsgeld wird Arbeitsentgelt aus einer Landbeschäftigung nicht angerechnet. Dies gilt auch für Krankengeld und Übergangsgeld, das auf Grund einer Beschäftigung an Land gewährt wird.

### **Krankenversicherung**

71 Antragsteller und Bezieher von Überbrückungsgeld unterliegen als solche nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, können aber versicherungspflichtig aus anderen Gründen sein, z. B. wegen eines Rentenbezuges aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder aufgrund des Arbeitslosengeldbezuges.

Bezieher von Überbrückungsgeld, die der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtmitglied nicht angehören, müssen für eine freiwillige Mitgliedschaft sorgen oder sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ausreichend versichern.

Für Bezugszeiten bis zum 31.12.04 erhöhte sich das Überbrückungsgeld um einen Zuschlag für die Krankenversicherung, der bei Überbrückungsgeldern, die ab dem 1. Januar 1999 begannen, entsprechend den

Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung festzustellen war. Der Zuschlag wurde in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der See-Krankenkasse auf den Zahlbetrag des Überbrückungsgeldes ergab.

Eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Bezuges von Überbrückungsgeld ist einer Pflichtversicherung gleichgestellt worden, so dass die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner durch eine freiwillige Krankenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr verloren gehen können.

Für Bezugszeiten ab 01.01.2005 ist der Zuschlag zur Krankenversicherung entfallen und wurde durch einen pauschalen Leistungszuschlag ersetzt. Im Gegensatz zu den bisherigen Regelungen, nach denen sich nur das Überbrückungsgeld um einen Zuschlag erhöhte, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bestand, sind seitdem alle Überbrückungsgelder – auch die einmaligen Zahlungen – begünstigt.

Die Zahlungen erhöhen sich pauschal um den Leistungszuschlag, unabhängig von der Beitragshöhe und Art der Krankenversicherung. Da dieser Zuschlag keine direkte Verbindung mehr zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung hat, unterliegt er wie auch das eigentliche Überbrückungsgeld der Beitragspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

### **Pflegeversicherung**

72 Die Bezieher von Überbrückungsgeld müssen seit dem 1. Januar 1995 hiervon einen Beitrag zur Pflegeversicherung zahlen. Der Beitrag beträgt derzeit bei Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse generell 1,7% des Überbrückungsgeldes, bei kinderlosen Mitgliedern ab dem 1. Januar 2005 1,95%.

Den freiwillig Krankenversicherten zahlte die Seemannskasse seit dem 1. Januar 2002 einen Pflegeversicherungszuschlag in Höhe von 0,85% des Zahlbetrages des Überbrückungsgeldes.

Bei einem Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen reduziert sich der Zuschlag auf 0,425%.

In Angleichung an die Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht kein Anspruch auf den Zuschlag zur Pflegeversicherung mehr ab dem 1. Januar 2005.

### **Rentenabschlagsausgleich**

73 In der gesetzlichen Rentenversicherung werden die Altersgrenzen für Altersrenten für nach dem 31.12.1936 geborene Versicherte auf das 65. Lebensjahr angehoben.

Eine vorzeitige Inanspruchnahme der Altersrente ist u. U. bereits ab dem 60. Lebensjahr möglich. Die vorzeitige Inanspruchnahme hat jedoch einen Rentenabschlag zur Folge. Auch die Renten wegen voller Erwerbsminderung, die vor vollendetem 63. Lebensjahr beginnen, unterliegen einer Rentenminderung.

Dieser Rentenabschlag, d. h. der Betrag, um den sich die Altersrente bzw. die Rente wegen voller Erwerbsminderung wegen der vorzeitigen Inanspruchnahme gemindert hat, wird seit dem 1. Januar 1999 bis zum Monat der Vollendung des 65. Lebensjahres von der Seekasse voll ausgeglichen.

Der Rentenabschlag ist nicht auf das 65. Lebensjahr begrenzt. Deshalb erfolgt ein weiterer halber Ausgleich durch eine Einmalzahlung in Höhe der Hälfte des Betrages, der nach § 187 a SGB VI als Beitrag zum Ausgleich der Rentenminderung durch die vorzeitige Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters notwendig wäre.

Mit dem Betrag der Einmalzahlung kann die monatliche Rentenminderung zur Hälfte ausgeglichen werden, wenn dieser Betrag in die Rentenversicherung eingezahlt wird.

74 Die Höhe der möglichen Einmalzahlung ist nachfolgend dargestellt:

### **Rentenabschlagsausgleichs-Einmalzahlung bei Vollendung des 65. Lebensjahres**

(für das Jahr 2006 und einer angenommenen Rentenminderung von 10,8% = Zugangsfaktor 0,892)

Berechnungsformel (ohne Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung):

$$\frac{\text{auszugleichende Entgeltpunkte} \times \text{Umrechnungsfaktor}}{\text{Zugangsfaktor} \times 2} = \text{Einmalzahlung (EURO)}$$



Betrag der Minderung Euro	entspricht Entgeltpunkten		Umrechnungsfaktor West: 5.714,2800 Ost: 4.797,4813	
	West:	Ost:	Einmalzahlung West in Euro Ost in Euro	
005,00	0,1914	0,2177	613,07	585,43
010,00	0,3827	0,4354	1.225,82	1.170,87
025,00	0,9568	1,0884	3.064,70	2.926,90
050,00	1,9135	2,1768	6.129,08	5.853,79
075,00	2,8703	3,2651	9.193,78	8.780,41
100,00	3,8270	4,3535	12.258,16	11.707,31
150,00	5,7405	6,5303	18.387,23	17.561,09
200,00	7,6540	8,7070	24.516,31	23.414,61
250,00	9,5675	10,8838	30.645,39	29.268,40
300,00	11,4811	13,0605	36.774,79	35.121,92

75 Die auszugleichenden Entgeltpunkte werden ermittelt, indem der Betrag der Rentenminderung durch den aktuellen Rentenwert dividiert wird. Der aktuelle Rentenwert (West) beträgt seit dem 01.07.2003 26,13 Euro, der aktuelle Rentenwert (Ost) 22,97 Euro.

76 Der Umrechnungsfaktor West ergibt sich aus der Vervielfältigung des amtlich festgesetzten vorläufigen Durchschnittsjahresverdienstes aller Versicherten für 2006 (= 29.304,00 Euro) mit dem derzeit gültigen Beitragssatz zur Rentenversicherung von 19,5%.

Der Durchschnittsverdienst im Bereich Ost wurde mit 24.602,47 Euro vorläufig festgesetzt.

77 Beträgt der Rentenabschlag bspw. 18%, so ergibt sich der Ausgleichsbetrag durch Ansatz des Zugangsfaktors von 0,82 anstelle von 0,892, d. h., die Einmalzahlung erhöht sich.

78 Bei Tod des Versicherten vor dem 65. Lebensjahr wird die laufende Zahlung des Rentenabschlagsausgleichs mit Ablauf des Sterbemonats eingestellt. An die Hinterbliebenen wird dann die Rentenabschlagsausgleichs-Einmalzahlung gezahlt.

Über die Einmalzahlung kann im Übrigen grundsätzlich frei verfügt werden.

### Sonderausgleich

79 Mit Wirkung vom 01.01.2003 hat die Seemannskasse als weitere Leistung den Sonderausgleich in folge der Rentenniveaubsenkung eingeführt.

Hierdurch soll die über den Rentenabschlag wegen vorzeitiger Inanspruchnahme hinausgehende Rentenminderung ausgeglichen werden.

Dabei handelt es sich um die Differenz zwischen dem zuletzt gewährten Überbrückungsgeld vor Anwendung von Anrechnungs- und Kürzungsvorschriften und der ungeminderten Vollrente wegen Alters- bzw. der Rente wegen voller Erwerbsminderung. Ein ggf. zustehender Rentenabschlagsausgleich ist hiervon abzusetzen.

Der Rentenabschlagsausgleich und der Sonderausgleich werden ggf. parallel gewährt.

Der Monat der Vollendung des 65. Lebensjahres ist das Leistungsende für den Sonderausgleich.

Eine Einmalzahlung – die allerdings nicht wie beim Rentenabschlagsausgleich in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt werden kann – erfolgt für die Zeit nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

Auf die folgende Übersicht wird insoweit verwiesen.

### Sonderausgleichs-Einmalzahlung bei Vollendung des 65. Lebensjahres in 2006

80 Berechnungsformel (ohne Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung)

$$\text{auszugleichende Entgeltpunkte} \times \text{Umrechnungsfaktor} = \text{Einmalzahlung (EURO)}$$

Betrag der Minderung Euro	entspricht Entgeltpunkten		Umrechnungsfaktor West: 5.714,2800 Ost: 4.797,4813	
	West:	Ost:	Einmalzahlung West in Euro Ost in Euro	
005,00	0,1914	0,2177	546,860	522,21
010,00	0,3827	0,4354	1.093,43	1.044,41
025,00	0,9568	1,0884	2.733,71	2.610,79
050,00	1,9135	2,1768	5.467,14	5.221,56
075,00	2,8703	3,2651	8.200,85	7.832,13
100,00	3,8270	4,3535	10.934,27	10.442,92
150,00	5,7405	6,5303	16.401,41	15.664,27
200,00	7,6540	8,7070	21.868,55	20.885,83
250,00	9,5675	10,8838	27.335,69	26.107,41
300,00	11,4811	13,0605	32.803,11	31.328,75

81 Die auszugleichenden Entgeltpunkte werden ermittelt, indem der Betrag der Rentenminderung durch den aktuellen Rentenwert dividiert wird. Der aktuelle Rentenwert (West) beträgt seit dem 01.07.2003 26,13 Euro, der aktuelle Rentenwert (Ost) 22,97 Euro.

82 Der Umrechnungsfaktor West ergibt sich aus der Vervielfältigung des amtlich festgesetzten vorläufigen Durchschnittsjahresverdienstes aller Versicherten

ten für 2006 (= 29.304,00 Euro) mit dem derzeitigen Beitragssatz zur Rentenversicherung von 19,5%.

Der Durchschnittsverdienst im Bereich Ost wurde mit 24.602,47 Euro vorläufig festgesetzt.

83 Bei dem Rentenabschlagsausgleich und dem Sonderausgleich handelt es sich um eine besondere Form des Überbrückungsgeldes, was u. U. die Anrechnung von weiteren Einkommen auf diese Leistungen zur Folge hat.

### Rechtliche Regelung in den neuen Bundesländern

84 Nach Kapitel III, Sachgebiet J, Abschnitt III, Abs. 9 Buchstabe f des Einigungsvertrages finden die Vorschriften über die Seemannskasse erst ab dem 01.01.1992 in den neuen Bundesländern Anwendung.

### Organisation

85 Die Seemannskasse wird als unselbständige Sondereinrichtung der See-Berufsgenossenschaft von deren Organen verwaltet. Bei der Leistungserbringung und der Beitragseinziehung werden die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) bzw. die See-Krankenkasse für die Seemannskasse tätig.

### Finanzierung

86 Die Mittel für die Ausgaben der Seemannskasse werden von den Unternehmern, die bei ihr versichert sind oder bei der See-Berufsgenossenschaft versicherte Seeleute beschäftigen, im Umlageverfahren aufgebracht. Sofern die erforderliche Umlage durch Beiträge der Arbeitgeber nicht gedeckt wird, ist der Mehrbetrag auch durch Beiträge der Versicherten aufzubringen.

### Beratung

87 Eine Beratung erfolgt durch alle Dienststellen der See-Berufsgenossenschaft und bei der See-Sozialversicherung in Reimerswiete 2, 20457 Hamburg, sowie durch die Auskunfts- und Beratungsstellen dieser Einrichtungen.

## Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung im Saarland

### Aufgaben der Zusatzversicherung

88 Die Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung (HZV), eine der ältesten sozialen Einrichtungen an der Saar, ist eine regionale, zusätzliche Rentenversicherung auf öffentlich-rechtlicher Grundlage. Sie ist bereits in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts gegründet worden. Ihren Ursprung hat sie im alten preußischen Knappschaftsgesetz aus dem Jahre 1854. Durch dieses Gesetz wurde das Knappschaftswesen für das ganze damalige preußische Staatsgebiet einheitlich geregelt. Die Übernahme in die knappschaftliche Rentenversicherung im Jahre 1923 konnte wegen der Abtrennung des Saarlandes vom Deutschen Reich nach dem 1. Weltkrieg für die saarländischen Bergleute und die Arbeiter der Saarrhütten nicht mitvollzogen werden. Während dieser Schritt für die saarländischen Bergleute nach der Rückgliederung des Saarlandes 1935 nachgeholt wurde, ist er für die Arbeiter der Saarrhütten nie erfolgt. Seit der Verordnung über die Hüttenknappschaftliche Pensionsversicherung im Saarland vom 13. Mai 1938 besteht die Versicherung als besondere eigenständige Versicherung.

89 Mit dem Gesetz zur Neuregelung der Hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung im Saarland (Hüttenknappschaftliches Zusatzversicherungs-Gesetz-HZvG) vom 22.12.1971, geändert durch Art. 11 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (RRG 92) vom 18.12.1989, wurde die Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung auf eine Rechtsgrundlage gestellt, die sie weitgehend an das System der gesetzlichen Rentenversicherung anband und sie in ihrer Existenz und Finanzierung sicherte.

90 Das Gesetz zur Neuregelung der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung (HZvG) ist am 01.07.2002 in Kraft getreten und löste das bisherige Hüttenknappschaftsrechtliche Zusatzversicherungsgesetz ab.

Mit Wirkung vom 01.01.2003 wurde die Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung wesentlich umgestaltet.

Mit diesem Zeitpunkt erfolgte die Umstellung auf eine kapitalgedeckte betriebliche Altersvorsorge. Für Bestandsrentner und ältere Versicherte wird die bisherige umlagefinanzierte HZV weitergeführt.

## Berechtigte

91 In der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung werden wie bisher alle Arbeitnehmer in den Betrieben der Saalhütten und anderer Unternehmen der Eisen erzeugenden, verarbeitenden und weiterverarbeitenden Industrie im Saarland (Betriebe der Eisen- und Metallgewinnung, der Eisen-, Stahl- und Metallwarenherstellung sowie Betriebe des Maschinen-, Kessel- und Apparatebaus und Betriebe der elektrotechnischen Industrie) versichert, wenn die Betriebe bereits am 30.06.2002 in der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung pflichtversichert waren.

92 Darüber hinaus ist auch weiterhin die Mitgliedschaft der Arbeitnehmer weiterer Unternehmen der Eisen erzeugenden, verarbeitenden und weiterverarbeitenden Industrie und entsprechender sonstiger Gewerbebetriebe mit mehr als 5 Beschäftigten auf Antrag möglich. Über den Antrag entscheidet die Deutsche Rentenversicherung Saarland als zuständiger Versicherungsträger.

93 Für die vor dem 02. Januar 1958 geborenen Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 in der bisherigen Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung (HZV) versicherungspflichtig waren oder für den Monat Dezember 2002 einen freiwilligen Beitrag zur HZV wirksam entrichtet haben, wird die Versicherung im bisherigen Umlageverfahren weitergeführt.

Nach dem 01. Januar 1958 geborene, bislang pflichtversicherte Beschäftigte bleiben in dieser Pflichtversicherung, erhalten nunmehr aber durch die HZV kapitalgedeckte Leistungen der betrieblichen Altersversorgung.

Mit der Durchführung der kapitalgedeckten Zusatzversicherung hat die Deutsche Rentenversicherung Saarland (früher: LVA für das Saarland) die Höchster Pensionskasse VVaG, Brüningstr. 50, 65926 Frankfurt beauftragt.

Auch für Versicherte, die nach dem 01.01.2003 erstmalig oder erneut versicherungspflichtig in der HZV werden, wird die HZV - unabhängig vom Geburtsdatum - im Kapitaldeckungsverfahren bei der Höchster Pensionskasse VVaG durchgeführt.

Geringfügig Beschäftigte sind von der Versicherungspflicht zur HZV ausgenommen.

94 Wechseln die Unternehmen oder einzelne Betriebe oder Betriebsteile den Inhaber oder ändert sich die Rechtsform oder der Gegenstand des Unternehmens, bleiben die darin beschäftigten Arbeitnehmergruppen in der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung versicherungspflichtig.

## Freiwillige Weiterversicherung

95 Arbeitnehmer können sich nach dem Ausscheiden aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung freiwillig weiterversichern.

In der umlagefinanzierten HZV können freiwillige Beiträge nur neben einem Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden. Zudem müssen vorher bereits mindestens 60 Kalendermonate Pflichtbeiträge zur HZV entrichtet worden sein und der Antrag auf freiwillige Versicherung innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Pflichtversicherung gestellt werden. Dabei kann als Beitrag jeder Betrag zwischen dem Mindest- und dem Höchstbetrag gezahlt werden.

In der kapitalgedeckten HZV (Pensionskasse) ist bei einer Weiterversicherung der Beitrag in Höhe des letzten Pflichtbeitrages zu zahlen oder - nach Zustimmung des Vorstandes der Kasse - auch in einer anderen Höhe.

## Leistungen

96 Das Leistungsrecht der HZV ist künftig unterschiedlich.

## Umlageverfahren

Die weiterhin in der umlagefinanzierten HZV Versicherten und die Bezieher der bereits laufenden Renten erhalten Leistungen aus dem bisherigen System, das sich weitgehend an das Leistungsrecht der gesetzlichen Rentenversicherung anlehnt.

Es sind dies:

- Zusatzrenten wegen Alters,
- Zusatzrenten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- Zusatzrenten an Hinterbliebene,
- Abfindungen von Witwen- und Witwerzusatzrenten bei Wiederheirat sowie
- Beitragserstattungen, sofern die Wartezeit in der HZV nicht erfüllt ist.

97 Mit Ausnahme der Beitragserstattung werden alle Leistungen nur zusätzlich zu vergleichbaren Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Zu einer Teilrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wird auch nur der entsprechende Teil der Zusatzrente gezahlt.

### Wartezeiten für Renten aus der HZV

98 Voraussetzung für die Zahlung der Zusatzrenten ist die Erfüllung der besonderen Wartezeit von 60 Kalendermonaten. Auf diese Wartezeit werden Beitragszeiten, die in der HZV zurückgelegt worden sind, sowie Ersatzzeiten angerechnet, wenn sie unmittelbar an diese Beitragszeiten anschließen. Unter besonderen Voraussetzungen gilt die Wartezeit auch als erfüllt.

### Berechnung der Zusatzrente

99 Der Monatsbetrag der Zusatzrente ergibt sich, in dem die unter Berücksichtigung des Zugangsfaktors ermittelten persönlichen Entgeltpunkte, für die die in der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung versicherten Arbeitsentgelte zugrunde zu legen sind, mit dem Rentenartfaktor und dem aktuellen Rentenwert vervielfältigt werden.

Der Rentenartfaktor beträgt (im Jahr 2012) für persönliche Entgeltpunkte bei

Zusatzrenten wegen Alters	0,225
Zusatzrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	0,225
Witwen- und Witwerzusatzrenten bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Monats, in dem der Ehegatte verstorben ist	0,225
anschließend	0,135
Halbwaisenzusatzrenten	0,0225
Vollwaisenzusatzrenten	0,045

Bei Witwen- und Witwerzusatzrenten an vor dem 01. Juli 1977 geschiedene Ehegatten beträgt der Rentenartfaktor immer 0,135.

### Stufenweise Absenkung des Rentenfaktors

100 Das Beitrags-Leistungsverhältnis der umlagefinanzierten HZV wird an das der gesetzlichen Rentenversicherung angeglichen, indem der Rentenartfaktor für Zusatzrenten, die nach dem 31.12.2002

beginnen, beginnend im Jahr 2003 bis zum Jahr 2012 stufenweise abgesenkt wird. Durch diese Absenkung ergibt sich eine entsprechende Minderung der Zusatzrente.

Für Versichertenrenten wird der Rentenartfaktor von bisher 0,3 jährlich um 0,075 auf 0,225 im Jahr 2012 abgesenkt.

Für Hinterbliebenenrenten gilt diese Absenkung entsprechend.

Bei der Ermittlung des Rentenartfaktors für persönliche Entgeltpunkte treten an die Stelle der Werte

0,225	0,135	0,0225	0,045	
die Werte				bei Beginn der Renten im Jahr
0,3	0,18	0,03	0,06	bis 2002
0,2925	0,1755	0,02925	0,0585	2003
0,2850	0,1710	0,02850	0,0570	2004
0,2775	0,1665	0,02775	0,0555	2005
0,2700	0,1620	0,02700	0,0540	2006
0,2625	0,1575	0,02625	0,0525	2007
0,2550	0,1530	0,02550	0,0510	2008
0,2475	0,1485	0,02475	0,0495	2009
0,2400	0,1440	0,02400	0,0480	2010
0,2325	0,1395	0,02325	0,0465	2011
0,225	0,135	0,0225	0,045	ab 2012

101 Im Übrigen bestimmen sich für die Berechnung der Renten die in der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebenden Faktoren nach den Vorschriften des SGB VI.

Die Anhebung der Altersgrenzen gilt auch für die Zusatzrenten der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung. Sofern die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der vorzeitigen Inanspruchnahme um einen Abschlag vermindert wird, erfolgt eine entsprechende Kürzung auch bei der Zusatzrente wegen Alters.

Wenn die Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nur als Teilrente gezahlt wird, so wird die Zusatzrente aus der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung ebenfalls nur als entsprechende Teilrente gewährt.

Bei den Zusatzrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gelten die Einschränkungen bei den Hinzuverdienstmöglichkeiten der gesetzlichen Rentenversicherung ebenso wie die Vorschriften über die Anrechnung von Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder von Sozialleistungen.

Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit einem Rentenbeginn ab dem 01.01.2001 unterliegen den gleichen Abschlägen wie die Altersrenten für schwer behinderte Menschen, wenn sie vor Vollendung des 63. Lebensjahres gezahlt werden. Die Minderung beträgt maximal 10,8%. Die Abschlagsregelung gilt für die Zusatzrenten im gleichen Umfang.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung wird in der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung nicht zwischen großer und kleiner Witwen-/Witwerrente unterschieden.

Für die Zusatzrenten an Hinterbliebene gelten die Vorschriften über die Einkommensanrechnung der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Maßgabe, dass die Einkommensanrechnung auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung Vorrang hat vor der Einkommensanrechnung auf eine entsprechende Zusatzrente. Dies bedeutet, dass erst bei einem vollständigen Ruhen der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung der dann noch verbleibende Betrag des anzurechnenden Einkommens bei der Zusatzrente zu berücksichtigen ist.

Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung unterliegen auch die Zusatzrenten für Hinterbliebene Rentenabschlägen, wenn der Versicherte vor Vollendung des 63. Lebensjahres verstirbt, ohne selbst eine Rente bezogen zu haben. Für jeden Monat, für den die Rente wegen Todes vor Vollendung des 63. Lebensjahres des verstorbenen Versicherten beansprucht wird, erfolgt ein Abschlag von 0,3%; höchstens jedoch 10,8%.

### **Abfindung von Witwen- und Witwerrenten bei Wiederheirat**

102 Bei der ersten Wiederheirat des Berechtigten werden Witwenrenten oder Witwerrenten mit dem 24-fachen Monatsbetrag abgefunden.

### **Beginn und Ende der Zusatzrenten**

103 Die Zusatzrenten werden mit Beginn der Renten aus der Rentenversicherung gezahlt, wenn der Antrag spätestens bis zum Ablauf von einem Monat nach Feststellung der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt wird. Sobald die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung endet, entfällt auch die Zusatzrente. Ansonsten gelten die Vorschriften des SGB VI.

### **Kapitalabfindung**

104 Soweit ein Versicherter bei Eintritt des Versicherungsfalls nur einen Anspruch auf eine Zusatzrente hat, die 1,5% der Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet, ist er mit einem Kapital abzufinden, das dem Wert der ihm zustehenden Zusatzrente entspricht.

### **Beitragerstattung**

105 Eine Beitragerstattung erfolgt dann, wenn die Versicherungspflicht in der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung entfällt und nicht für 60 Kalendermonate Beiträge zur Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung entrichtet sind, zudem 24 Kalendermonate seit dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht vergangen sind und nicht wieder Versicherungspflicht eingetreten ist. Dann wird auf Antrag die Hälfte der für die Zeit nach dem 19. November 1947 entrichteten Beiträge erstattet. Hierbei steht auch ein Auslandsaufenthalt des Berechtigten nicht entgegen.

Für Beiträge zur kapitalgedeckten HZV ist eine Erstattung ausgeschlossen.

106 Wenn die Wartezeit für einen Anspruch erfüllt ist, werden Leistungen auch an Berechtigte gezahlt, die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern haben. Ansonsten enthält der Einigungsvertrag keine neuen Regelungen.

### **Kapitaldeckungsverfahren**

107 Die Höchster Pensionskasse VVaG gewährt den Versicherten der HZV entsprechend den Bestimmungen ihrer Satzung und Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Alters-, Dienstunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente.

Die Durchführung der kapitalgedeckten HZV erfolgt in einem eigenen Abrechnungsverband, wobei die Interessen der Versicherten in den Organen der Pensionskasse durch die Deutsche Rentenversicherung Saarland wahrgenommen werden.

Der Leistungskatalog der kapitalgedeckten Zusatzversicherung entspricht im Wesentlichen dem der umlagefinanzierten HZV. Folgende Unterschiede sind jedoch zu beachten:

- Leistungen werden nur nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses erbracht.
- Renten wegen Erwerbsminderung werden nur bei voller Erwerbsminderung erbracht. Bei Berufs-

unfähigkeit oder teilweiser Erwerbsminderung besteht kein Leistungsanspruch.

- Die Ehegattenrente bei Tod des Versicherten beträgt 60 v. H. der Anwartschaft auf Altersrente zum 65. Lebensjahr bzw. 60 v. H. der laufenden Rente. Bei Eheschließung nach dem 60. Lebensjahr wird, sofern die Ehe noch keine fünf Jahre gedauert hat, für jedes volle Ehejahr 12 v. H. der Anwartschaft als Ehegattenrente gewährt. Ist zudem der hinterbliebene Ehegatte mehr als 20 Jahre jünger als das verstorbene Mitglied, mindert sich die Ehegattenrente für jedes über 20 Jahre hinausgehende volle Jahr um 5 v. H.

Wird eine Altersrente der Pensionskasse vor dem 65. Lebensjahr in Anspruch genommen, ist ein versicherungsmathematischer Abschlag vorzunehmen, der sich nach dem jeweiligen Alter bei Rentenbeginn richtet.

### Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

108 Die Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung hat von der Zusatzrente Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung einzuhalten und an die Krankenkasse abzuführen.

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus der Zusatzrente bemessen sich nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse. Diese Beiträge sind seit dem 01.01.2004 von den Rentnern allein zu tragen.

Seit dem 01.07.2005 wird eine Änderung im Beitragssatz drei Monate später bei der Zusatzrente berücksichtigt.

Auch die Beiträge zur Pflegeversicherung sind von den Rentnern alleine zu tragen. Anders als bei den Krankenversicherungsbeiträgen gilt hier ein einheitlicher Beitragssatz von 1,7%.

Für kinderlose Mitglieder der Pflegeversicherung wurde der Beitragssatz mit Wirkung vom 01.01.2005 um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95% erhöht.

Für Rentner, die vor dem 01.01.1940 geboren sind bzw. die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt dieser Zuschlag.

### Wahlrecht

109 Den Beschäftigten, deren bereits bestehende Versicherung in der umlagefinanzierten HZV in der neu

errichteten kapitalgedeckten HZV fortgeführt wird, wird ein Wahlrecht auf Übertragung ihrer bisher erworbenen Anwartschaften eingeräumt, sofern sie am 01.01.2003 die Wartezeit von fünf Jahren in der HZV erfüllt haben.

Eine gesetzliche Übertragung erfolgt für die Versicherten, die die Wartezeit noch nicht erfüllt haben.

### Übergangsregelungen

- 110 Bei den Bestandsrenten ergibt sich keine Änderung für die Rentenbezieher mit einem Rentenbeginn vor dem 1. Januar 2003. Dies gilt auch für die Neufeststellung einer unterbrochenen oder einer weiteren Rente neben einer bereits laufenden Rente.
- Bei Zusatzrentenbeziehern mit einem Rentenbeginn ab dem 1. Januar 2003 wird der Rentenartfaktor je nach Jahrgang des Rentenzugangs über einen Zeitraum vom 10 Jahren kontinuierlich abgesenkt, bis der endgültige Rentenartfaktor bei einem Rentenbeginn ab dem Jahr 2012 erreicht ist.
- Die Versicherten, die vor dem 02.01.1958 geboren wurden, am 31.12.2002 und durchgehend versicherungspflichtig sind oder zuletzt zur HZV einen freiwilligen Beitrag wirksam entrichtet haben, bleiben weiterhin in der umlagefinanzierten HZV versichert und erhalten daraus Leistungen nach den bisherigen Grundsätzen.
- Die Versicherten, die nach dem 01.01.1958 geboren wurden, entrichten seit dem 1. Januar 2003 Beiträge zur kapitalgedeckten HZV (Pensionskasse).
- Die Versicherten, die nach dem 31.12.2002 nicht oder nicht wieder versicherungspflichtig sind, in der Vergangenheit Beiträge zur HZV entrichtet und die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben, erhalten eine Zusatzrente aus der umlagefinanzierten HZV. Sofern die Wartezeit nicht erfüllt ist, besteht ein Anspruch auf Beitragserstattung.

### Organisation

111 Die Deutsche Rentenversicherung Saarland führt den geschlossenen Teil der HZV im Umlageverfahren in vollem Umfang selbst weiter.



Auch für den im Wege des Kapitaldeckungsverfahrens finanzierten Teil bleibt die Deutsche Rentenversicherung Saarland im organisationsrechtlichen Sinne Trägerin der HZV. Zu den Aufgaben, die hier von der Deutschen Rentenversicherung Saarland wahrgenommen werden, gehören insbesondere der Beitragseinzug und die Information und Beratung der Versicherten.

## Finanzierung

*112* Die Mittel für die Ausgaben der umlagefinanzierten hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung werden durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sowie – in der umlagefinanzierten HZV – auch durch einen jährlichen Zuschuss des Bundes finanziert.

Der Beitragssatz beträgt 4,5% des Arbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) beträgt seit dem 01.01.2003 45% der BBG der allgemeinen Rentenversicherung; bis zum 31.12.2002 betrug sie die Hälfte der BBG.

Für das Jahr 2006 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 2.362,50 Euro monatlich; daraus berechnet sich ein monatlicher Höchstbeitrag von 106,31 Euro. Die Pflichtbeiträge werden vom Versicherten und Arbeitgeber jeweils zur Hälfte getragen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Pflichtbeiträge in die umlagefinanzierte oder die kapitalgedeckte Zusatzversicherung zu entrichten sind.

## Steuerliche Förderung bei der Durchführung der HZV im Kapitaldeckungsverfahren

*113* Beiträge zur HZV im Kapitaldeckungsverfahren werden als Leistungen zur betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Einkommenssteuergesetzes steuerlich privilegiert behandelt.

*114* Die Beiträge des Arbeitgebers sind danach bis zu einer Höhe von 4 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung zuzüglich eines pauschalen Betrages von 1.800,00 Euro jährlich steuerfrei (§ 3 Nr. 63 EStG), soweit der Arbeitnehmer keinen eigenen Anspruch auf steuerliche Förderung begründet.

*115* Arbeitnehmer können für ihre versteuerten Beiträge unter den Voraussetzungen des Einkommen-

steuergesetzes die Vorteile der Riester-Förderung (§ 10 a, Abschnitt XI EStG) durch staatliche Zulagen bzw. einen Sonderausgabenabzug in Anspruch nehmen.

## Beratung

*116* Auskunft und Beratung erteilen die Auskunftsstellen und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung Saarland sowie die Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Saarland in 66111 Saarbrücken, Martin-Luther-Str. 2 - 4. Bei diesen Stellen können auch die Anträge gestellt werden.

## Zusatzversorgung für Bezirksschornsteinfegermeister

### Aufgabe

*117* Bereits im Jahre 1912 wurde in Preußen eine Versorgungseinrichtung für die Bezirksschornsteinfegermeister geschaffen, der unter dem Namen „Versorgungsverein Deutscher Schornsteinfegermeister“ im Jahre 1932 die Rechte einer Körperschaft des öffentlichen Rechts verliehen wurden. 1937 wurde ihr Tätigkeitsbereich auf das gesamte damalige Reichsgebiet ausgedehnt. Versorgungseinrichtungen, die in anderen Ländern des Reichsgebiets bestanden, wurden vom Versorgungsverein übernommen. Ab 1937 mussten alle deutschen Bezirksschornsteinfegermeister nach ihrer Bestellung die Mitgliedschaft beim Versorgungsverein erwerben. Der Tätigkeitsbereich der Versorgungsanstalt erstreckte sich auch nach der Wiedervereinigung aufgrund der Regelungen des Einigungsvertrages zunächst nur auf die alten Bundesländer. Durch das Gesetz über das Schornsteinfegerwesen (Schornsteinfegergesetz) wurde die Versorgung ab dem 1. Januar 1970 neu geregelt und die Versicherung bei der Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister mit der Handwerkerversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Gesamtversorgung verbunden. Seit dem 1. August 1994 sind in das System der Schornsteinfegerversorgung auch die Bezirksschornsteinfegermeister in den neuen Bundesländern einbezogen.

*118* Die Versorgung im Schornsteinfegerhandwerk ist auf die Einrichtung fester Kehrbezirke und auf eine feste Altersgrenze zurückzuführen. Folge der

Kehrbezirkseinteilung und der zwangsweisen Versetzung in den Ruhestand war die Notwendigkeit einer Alterssicherung der Bezirksschornsteinfegermeister. Die Versorgung im Schornsteinfegerhandwerk verbindet die Pflichtversicherung in den sozialen Rentenversicherungen mit der Mitgliedschaft bei der Versorgungsanstalt (Gesamtversorgung). Jeder Bezirksschornsteinfegermeister ist nicht nur Mitglied der Versorgungsanstalt, sondern während der gesamten Dauer seiner Bestellung mit dem Regelpflichtbeitrag auch in der Handwerkerversicherung pflichtversichert.

Bei den Bezirksschornsteinfegermeistern endet diese Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht wie bei den übrigen Handwerkern mit der Entrichtung des 216. Pflichtbeitrages zur Handwerkerversicherung.

*119* Die Gesamtversorgung setzt sich aus dem Ruhegeld der Versorgungsanstalt und der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zusammen. Das System der Gesamtversorgung stellt sicher, dass der Bezirksschornsteinfegermeister im Ruhestand ein angemessenes Versorgungsniveau erreicht. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass er im Ruhestand unabhängig von der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung für seine Beitragsleistungen einen angemessenen Betrag von der Versorgungsanstalt erhält (Mindestversorgung).

*120* Die Zusatzversorgung sichert nicht nur die Berufsangehörigen, sondern auch ihre Hinterbliebenen ab und gewährleistet eine angemessene Sicherung bei Berufsunfall und bei berufsbedingter Krankheit.

### Berechtigte

*121* Jeder Schornsteinfegermeister wird mit dem Tag seiner Bestellung zum Bezirksschornsteinfegermeister kraft Gesetzes Mitglied der Versorgungsanstalt. Für einen Bezirksschornsteinfegermeister in den neuen Bundesländern beginnt die Mitgliedschaft frühestens am 01.08.1994. Auch der Ruhegeldempfänger ist Mitglied der Versorgungsanstalt.

*122* Beitragspflichtig sind jeder Bezirksschornsteinfegermeister und nach seinem Tode für die Nutzungszeit die Witwe oder, falls die Ehefrau nicht mehr lebt, seine minderjährigen Kinder. Die Beitragspflicht endet mit dem Erlöschen der Bestellung als Bezirksschornsteinfegermeister. Für nutzungsberechtigte Personen endet die Beitragspflicht mit Ablauf der Nutzungszeit.

### Leistungen

*123* Die Versorgungsanstalt gewährt Ruhegeld, Witwengeld, Witwergeld und Waisengeld.

*124* Ruhegeld erhalten ehemalige Bezirksschornsteinfegermeister, deren Bestellung wegen Vollendung des 65. Lebensjahres oder Versetzung in den Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen erloschen ist. Eine Wartezeit muss nicht erfüllt werden.

Endet die Bestellung allerdings wegen Rücknahme, Widerrufs oder Aufhebung, erhält der ehemalige Bezirksschornsteinfegermeister Ruhegeld erst ab Vollendung des 65. Lebensjahres. Außerdem müssen mindestens für fünf Jahre Beiträge entrichtet worden sein.

*125* Witwengeld erhält die Witwe eines Bezirksschornsteinfegermeisters, die Witwe eines ehemaligen Bezirksschornsteinfegermeisters, der für mindestens 5 Jahre Beiträge zur Versorgungsanstalt entrichtet hat, und die Witwe eines Ruhegeldempfängers. Die Regelungen gelten für das Witwengeld entsprechend.

*126* Waisengeld erhalten die Waisen eines Bezirksschornsteinfegermeisters, eines ehemaligen Bezirksschornsteinfegermeisters mit mindestens fünfjähriger Beitragszahlung und eines Ruhegeldempfängers.

*127* Die Versorgungsbezüge werden vierteljährlich, jeweils zu Beginn eines Quartals, überwiesen.

*128* Die Höhe des Ruhegeldes ist von der Dauer der Mitgliedschaft der Bezirksschornsteinfegermeisters bei der Versorgungsanstalt abhängig. Für jedes begonnene Jahr der Mitgliedschaft werden während der ersten 20 Jahre 3,5%, für jedes weitere Jahr 3% des Jahreshöchstbetrages als Gesamtruhegeld (Ruhegeld aus der Versorgungsanstalt und anrechenbare Teile der Renten aus der Sozialversicherung) festgesetzt, bis - bei einer Mitgliedschaftsdauer von 30 Jahren - 100% des Jahreshöchstbetrages erreicht sind. Der Jahreshöchstbetrag beläuft sich auf 72% der jährlichen Gesamtvergütung eines verheirateten, kinderlosen Angestellten des Bundes in der höchsten Lebensaltersstufe der Vergütungsgruppe Vc des Bundes-Angestelltentarifvertrages (BAT).

Vermögenswirksame Leistungen und solche Leistungen, die nicht allen Angestellten dieser Vergütungsgruppe gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt.

Der BAT wurde durch den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) abgelöst. Der TVöD ist für den Bereich der Bundesverwaltung und der Kommunen am 01. Oktober 2005 in Kraft getreten. Eine Änderung des Schornsteinfegergesetzes, das z. B. hinsichtlich des Jahreshöchstbetrages auf den BAT Bezug nimmt, wurde bisher nicht vorgenommen.

Der Jahreshöchstbetrag (West) beträgt für das Jahr 2005 24.218,48 Euro. Für das Jahr 2006 wird dieser Wert ebenfalls zugrundegelegt.

### Dynamisierung der Versorgungsleistungen

129 Durch die Bindung des Jahreshöchstbetrages an den Bundes-Angestelltentarifvertrag wurde sichergestellt, dass die Gesamtversorgung im Schornsteinfegerhandwerk mit der allgemeinen Einkommensentwicklung Schritt hält.

Die Anwartschaften eines aktiven Bezirksschornsteinfegermeisters und die Leistungen der Versorgungsanstalt an den Bezirksschornsteinfegermeister im Ruhestand oder seine Hinterbliebenen erhöhten sich mit jeder Steigerung der Gehälter der Angestellten des Bundes in der Vergütungsgruppe Vc BAT.

Jeweils zum 01. Januar eines Jahres wird der Jahreshöchstbetrag neu berechnet.

Da die Tarifparteien des öffentlichen Dienstes sich zu Beginn eines Jahres in der Regel noch nicht auf einen Tarifvertrag für das gesamte Jahr geeinigt haben, kann der Jahreshöchstbetrag nicht rechtzeitig berechnet werden.

Sobald die neuen Vergütungstarifverträge abgeschlossen sind, wird die Dynamisierung rückwirkend zum 01. Januar durchgeführt und die entstandene Nachzahlung ausgezahlt.

Bis zur Herstellung einheitlicher Einkommensverhältnisse in Deutschland gilt für die neuen Bundesländer ein eigener Jahreshöchstbetrag (Ost), der vom aktuellen Rentenwert (Ost) abhängig ist. Für das Jahr 2005 beläuft sich der Jahreshöchstbetrag (Ost) auf 21.289,68 Euro. Für das Jahr 2006 wird dieser Wert weiterhin zugrundegelegt.

### Anrechenbare Renten

130 Auf das Ruhegeld werden die Versichertenrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, so weit sie auf Pflichtbeiträgen beruhen, angerechnet. Auch die auf Pflichtversicherung in der ehemaligen DDR beruhenden Renten sowie Auffüllbeträge, Ren-

ten- und Übergangszuschläge müssen angerechnet werden. Rentenleistungen aufgrund von Ersatz-, Anrechnungs- und Zurechnungszeiten werden nicht angerechnet. Ebenso bleiben Handwerkerversicherungsbeiträge, die für Zeiten vor dem 1. Januar 1970 entrichtet wurden, bei der Ermittlung der anrechenbaren Rente außer Ansatz.

Auch eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist anzurechnen, wenn ein Arbeitsunfall oder eine berufsbedingte Erkrankung des Bezirksschornsteinfegermeisters zur Versetzung in den Ruhestand geführt hat.

### Berechnungsbeispiel:

131 Der Bezirksschornsteinfegermeister B. hat 33 Jahre Mitgliedschaft aufzuweisen. Anrechenbar zur Ermittlung des Prozentsatzes des Jahreshöchstbetrages sind jedoch nur 30 Jahre.

Das Ruhegeld beträgt 100% des Jahreshöchstbetrages, nämlich 3,5% x 20 Jahre und 3% x 10 Jahre.

Der Jahreshöchstbetrag des Ruhegeldes (72% von Vergütungsgruppe Vc BAT) beläuft sich

am 1. Januar 2005 auf 24.218,48 Euro

Das Ruhegeld des B. beträgt somit 24.218,48 Euro

Die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beträgt monatlich 665,00 Euro

Davon beruhen auf Pflichtbeiträgen monatlich 600,00 Euro

Das Ruhegeld ist zu kürzen um 600,00 Euro x 12 7.200,00 Euro

**Der von der Versorgungsanstalt zu erbringende Teil der Gesamtversorgung beträgt jährlich 17.018,48 Euro**

### Mindestversorgung

132 Eine Kürzung des Ruhegeldes um die anrechenbaren Renten aus der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung unterbleibt jedoch, soweit 1,5% des Jahreshöchstbetrages für jedes Jahr der echten, d. h. mit Beiträgen belegten Mitgliedschaft unterschritten wird (Mindestversorgung). Bei dieser 1,5 Prozentberechnung spielt also die Höhe der anrechenbaren Rente keine Rolle mehr. Nach einer Mitgliedschaftszeit von 30 Jahren beträgt das Ruhegeld in keinem Fall weniger als 45% des Jahreshöchstbetrages.

Durch diese Regelung hat der Gesetzgeber sicher gestellt, dass jedes Mitglied für seine Beiträge eine angemessene Mindestleistung aus der Versorgungsanstalt erhält.

*133* Wird ein Bezirksschornsteinfegermeister vor Vollendung des 55. Lebensjahres aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand versetzt, wird er so gestellt, als sei er bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Mitglied der Versorgungsanstalt gewesen. Ergibt sich trotz dieser so genannten Zurechnungszeit eine Mitgliedschaftsdauer von weniger als 10 Jahren, werden bei der Berechnung des Ruhegeldes 10 Mitgliedschaftsjahre zugrunde gelegt.

*134* Ist die Versetzung in den Ruhestand des Bezirksschornsteinfegermeisters auf einen Berufsunfall bzw. eine berufsbedingte Krankheit zurückzuführen, beträgt sein Gesamtruhegeld ohne Rücksicht auf die tatsächliche Dauer der Mitgliedschaft mindestens 85% des Jahreshöchstbetrages. Der Bezirksschornsteinfegermeister wird also so gestellt, als sei er 25 Jahre ( $3,5 \times 20 \text{ Jahre} + 3\% \times 5 \text{ Jahre} = 85\%$ ) Mitglied der Versorgungsanstalt gewesen. In diesem Fall wird allerdings außer der anrechenbaren Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung auch die Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf das Gesamtruhegeld angerechnet.

### Hinterbliebenenversorgung

*135* Das Witwen-/Witwergeld beträgt 60%, das Vollwaisengeld 40% und das Halbwaisengeld 20% des Ruhegeldes.

Wurde die Ehe nach dem 31.12.2001 geschlossen oder sind beide Ehegatten, unabhängig davon, wann die Ehe geschlossen wurde, nach dem 1. Januar 1962 geboren, beträgt der Prozentsatz des Witwen- und Witwergeldes 55% des Ruhegeldes.

*136* Der Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung entsteht beim Tod eines Ruhegeldempfängers mit dem Beginn des nächsten Kalendervierteljahres, beim Tod eines Bezirksschornsteinfegermeisters mit der Ausschlagung des Nutzungsrechts durch die Nutzungsberechtigten, spätestens drei Monate nach Ablauf des Sterbemonats.

Hinsichtlich der Anrechnung der Hinterbliebenenrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Witwen/Witwerrente, Halbwaisen- sowie Vollwaisenrente) und aus der gesetzlichen Unfallversicherung gelten die entsprechenden Regelungen wie

beim Ruhegeld. Eine Einkommensanrechnung bei der Hinterbliebenenversorgung findet jedoch bei den Leistungen der Versorgungsanstalt nicht statt.

Der Witwen- oder Witwergeldbezug endet mit Ablauf des Quartals, in dem die Witwe/der Witwer stirbt oder dem Tag der Wiederverheiratung. Bei Wiederheirat wird eine Abfindung in Höhe von zwei Jahreswitwen-/Witwergelder gezahlt.

*137* Das Waisengeld wird bis zum Ablauf des Quartals, in dem die Waise das 18. Lebensjahr vollendet, gezahlt. Darüber hinaus besteht im Fall der Schul- oder Berufsausbildung, bei Ableistung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder bei Gebrechlichkeit ein Anspruch bis zum Ablauf des Quartals, in dem die Waise das 27. Lebensjahr vollendet.

*138* Witwen-/Witwergeld und Waisengelder dürfen zusammen die Höhe des Ruhegeldes nicht übersteigen, das dem Verstorbenen bei seinem Tode zustand oder zugestanden hätte.

## Rechtliche Regelung in den neuen Bundesländern

*139* Nach den Übergangsregelungen im Gesetz zur Änderung des Schornsteinfegergesetzes (SchfG) vom 20.07.1994 wird an Bezirksschornsteinfegermeister, die am 01.08.1994 als Bezirksschornsteinfegermeister im Gebiet der neuen Bundesländer bestellt waren oder nach diesem Tag bestellt oder wiederbestellt werden, Ruhegeld gezahlt bzw. werden die Zeiten für die Berechnung des Witwen- oder Witwergeldes und des Waisengeldes berücksichtigt.

War der Bezirksschornsteinfegermeister allerdings zwischen dem 31. Dezember 1991 und dem 1. August 1994 bereits bestellt, so werden diese Zeiten bei der Ruhegeldberechnung wie Mitgliedschaftszeiten behandelt.

## Organisation

*140* Die Versorgungsanstalt ist Trägerin der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk. Die Verwaltung der Versorgungsanstalt hat seit 1951 die Bayerische Versicherungskammer übernommen. Die Versorgungsanstalt hat ihren Sitz in München und ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts.

Organe der Versorgungsanstalt sind die von den Mitgliedern gewählte Vertreterversammlung, der Vorstand und die Geschäftsführung. Der für die Geschäftsführung der Versorgungsanstalt zuständige Teil der Bayerischen Versicherungskammer ist seit dem 1. Januar 1995 eine selbständige staatliche Oberbehörde und führt den Namen „Bayerische Versorgungskammer“. Die Aufsicht über die Versorgungsanstalt führt der Bundesminister der Finanzen.

## Finanzierung

141 Die Versorgungsanstalt finanziert ihre Leistungen aus den Beiträgen der Mitglieder und den Erträgen der Vermögensanlagen. Sie erhält keine staatlichen Zuschüsse.

Die Höhe des jährlichen Beitrags wird von der Vertreterversammlung nach dem jeweiligen Finanzbedarf der Versorgungsanstalt, also nach der voraussichtlichen Höhe der anfallenden Versorgungsleistungen, festgesetzt. Der Beschluss muss vom Bundesministerium der Finanzen genehmigt werden.

Die Beiträge des einzelnen Bezirksschornsteinfegermeisters dienen nicht der Ansparung der eigenen Rente, sondern der Finanzierung der laufenden Rentenzahlungen (Umlageverfahren wie in der gesetzlichen Rentenversicherung).

Die Beiträge müssen vierteljährlich im Voraus jeweils zum Ersten der Monate Januar, April, Juli und Oktober bezahlt werden.

Beginnt oder endet die Beitragspflicht innerhalb eines Kalenderjahres, ist der Beitrag für dieses Vierteljahr anteilig zu entrichten.

## Beratung

142 Auskunft erteilt die Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister in 81921 München.

## Zusatzversorgung in der Land- und Forstwirtschaft

### Aufgabe

143 Die land- und forstwirtschaftliche Zusatzversorgung ist eine gesetzliche und eine tarifvertragliche Sozialeinrichtung für land- und forstwirtschaftliche

Arbeitnehmer sowie deren Hinterbliebene. Sie will durch die Gewährung von Ausgleichsleistungen und von Beihilfen die Nachteile überwinden helfen, die dadurch entstanden sind, dass die Renten ehemaliger landwirtschaftlicher Arbeitnehmer regelmäßig niedriger sind als die Renten anderer vergleichbarer Arbeitnehmer.

Um eine entsprechende Angleichung der Renten zu verwirklichen, haben die Gewerkschaft Gartenbau, Land- und Forstwirtschaft - jetzt Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt - einerseits und die Mitgliedsverbände des Gesamtverbandes der Deutschen Land- und Forstwirtschaftlichen Arbeitgeberverbände e.V. andererseits einen Tarifvertrag über eine Zusatzversorgung der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft geschlossen.

Dieser Tarifvertrag sah vom 1. Juli 1972 an die Versicherung der in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeitnehmer beim „Zusatzversorgungswerk für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft e.V. (ZLF)“ vor.

Das ZLF gewährt ehemaligen landwirtschaftlichen Arbeitnehmern, deren Witwen und Witwern sowie Vollwaisen eine Beihilfe zu den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung.

Seit dem 01.01.2001 wird das ZLF in der Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) geführt.

Um die Gesamaltersversorgung älterer ehemaliger Arbeitnehmer bzw. deren hinterbliebenen Ehegatten zu verbessern, wird für sie darüber hinaus auf der Grundlage des ZVALG (Gesetz über die Errichtung einer Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft) eine aus Bundesmitteln finanzierte Ausgleichsleistung zu den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLA) gezahlt.

### Berechtigte

144 Beihilfen und Ausgleichsleistungen können die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer erhalten, die in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert und in einem land- und forstwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt waren.

Als ehemalige landwirtschaftliche Arbeitnehmer sind auch die mitarbeitenden Familienangehörigen eines

Arbeitgebers anzusehen, sofern sie in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert und in den entsprechenden Betrieben ständig beschäftigt waren.

Beihilfen und Ausgleichsleistungen werden nicht gezahlt, wenn die Altersversorgung des landwirtschaftlichen Arbeitnehmers oder seines hinterbliebenen Ehegatten durch vergleichbare Ansprüche gegen andere Versorgungseinrichtungen gewährleistet ist.

## Leistungen

### Beihilfen

145 Beihilfen können gewährt werden zur Altersrente, Erziehungsrente, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, Witwen- oder Witwerrente sowie zur Vollwaisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie sind dann zu zahlen, wenn der ehemalige landwirtschaftliche Arbeitnehmer einen Rentenbescheid des Rentenversicherungsträgers vorlegen kann und die Wartezeit erfüllt ist.

### Wartezeit

146 Die Wartezeit beträgt 180 Kalendermonate. Hierbei werden alle Zeiten der rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit in einem Betrieb der Land- und Forstwirtschaft berücksichtigt. Die Zeiten der rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit werden jedoch nur dann für die Wartezeit berücksichtigt, wenn der Arbeitgeber für sie Beiträge nach dem Tarifvertrag zu leisten hatte. Die Zeiten einer rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit in einem Betrieb der Land- und Forstwirtschaft vor dem 1. Juli 1972 (alte Bundesländer) bzw. vor dem 01.07.1995 (neue Bundesländer) werden für die Berechnung der Wartezeit jedoch nur angerechnet, wenn für diese Tätigkeit keine Ausnahme von der Beitragspflicht nach dem Tarifvertrag bestanden haben würde.

Außerdem angerechnet werden Ersatz- und Anrechnungszeiten sowie Pflichtbeitragszeiten aufgrund des Bezuges von Sozialleistungen, wenn durch diese Zeiten eine Beschäftigung als landwirtschaftlicher Arbeitnehmer unterbrochen wurde.

Trotz nicht erfüllter Wartezeit besteht ein Anspruch auf Beihilfe dann, wenn der Versicherungsfall infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit in der Land- und Forstwirtschaft im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung eingetreten ist.

147 Grundsätzlich erlischt ein Anspruch auf Beihilfe, wenn der landwirtschaftliche Arbeitnehmer vor Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus dem Beschäftigungsverhältnis ausscheidet. Dies gilt jedoch dann nicht, wenn er im Zeitpunkt des Ausscheidens das 35. Lebensjahr vollendet hat und für mindestens 10 Jahre Beitragspflicht bestanden hat oder wenn der Beginn seiner erstmaligen Beschäftigung in einem entsprechenden land- und forstwirtschaftlichen Betrieb mindestens 12 Jahre zurückliegt und für mindestens drei Jahre Beitragspflicht für den landwirtschaftlichen Arbeitnehmer bestanden hat.

148 Beihilfen werden auch an Witwen und Witwer landwirtschaftlicher Arbeitnehmer gezahlt, wenn sie eine Witwen- oder Witwerrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, der verstorbene Ehegatte die Wartezeit erfüllt hatte und die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen war.

149 Vollwaisen erhalten eine Beihilfe, wenn sie eine Vollwaisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und in der Person des Vaters oder der Mutter die Wartezeit erfüllt war.

150 Die Höhe der Beihilfe richtet sich nach der Leistungsfähigkeit des ZLF. Dabei sind insbesondere die notwendigen Rückstellungen wegen Anstiegs der Beihilfeberechtigtenzahl sowie die Entwicklung des Beitragsaufkommens zu berücksichtigen. Seit dem 01.01.2001 beträgt sie zur Altersrente, zur Erwerbsunfähigkeitsrente, zur Rente wegen Erwerbsminderung und zur Erziehungsrente monatlich 1,30 Euro je 12 Monate, für die Beitragspflicht bestand, zur Berufsunfähigkeitsrente und Witwen/Witwer- sowie Vollwaisenrente zwei Drittel hiervon (0,87 Euro).

Solange das Deckungskapital nicht ausreicht, um allen Berechtigten die Beihilfe auf Lebenszeit zu garantieren, wird ein Teil der Beihilfen nur zeitlich befristet gewährt. Eventuelle Überschüsse werden vorrangig zu einer Weiterzahlung der zeitlich befristeten Leistungsanteile und darüber hinaus entweder zur Ermäßigung des Beitrags oder als Erhöhung oder Ergänzung der Leistungen verwendet.

### Beginn und Ende der Beihilfe

151 Die Beihilfen werden vom Beginn des Monats an gezahlt, in dem ein Anspruch gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung besteht und die Wartezeit erfüllt ist.



Sie werden bis zum Ablauf des Monats gewährt, in dem der Berechtigte stirbt oder die Leistungsvoraussetzungen aus anderen Gründen entfallen.

Beihilfen werden möglichst für jeweils zwölf Monate nachträglich gezahlt.

Zeiten nach dem 31.12.2000 werden nur berücksichtigt, soweit für diese Zeiten Beiträge gezahlt sind.

### Ausgleichsleistung

152 Eine Ausgleichsleistung wird zu den Altersrenten, Erziehungsrenten, Erwerbsunfähigkeitsrenten, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder Witwen- und Witwerrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. Im Gegensatz zu den Bestimmungen über die Gewährung einer Beihilfe erhalten Empfänger einer Rente wegen Berufsunfähigkeit und einer Vollwaisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung keine Ausgleichsleistung.

Ehemalige landwirtschaftliche Arbeitnehmer erhalten eine Ausgleichsleistung, wenn sie aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine Altersrente, Erziehungsrente, eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten und in den letzten 25 Jahren vor Beginn dieser Leistung mindestens 180 Kalendermonate eine Beschäftigung als landwirtschaftliche Arbeitnehmer ausgeübt haben und am 1. Juli 1995 das 50. Lebensjahr vollendet hatten. Erfasst werden also alle Arbeitnehmer, die bis zum 1. Juli 1945 (einschließlich) geboren sind.

Ehemalige landwirtschaftliche Arbeitnehmer aus den neuen Bundesländern müssen außerdem nach dem 31.12.1994 für mindestens sechs Monate rentenversicherungspflichtig in einem land- oder forwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt gewesen sein. Die Anrechnung von Ersatz- und Anrechnungszeiten ist hierbei nicht möglich.

153 Bezieht ein ehemaliger landwirtschaftlicher Arbeitnehmer Leistungen von der landwirtschaftlichen Alterskasse, so besteht kein Anspruch auf Ausgleichsleistung.

154 Witwen und Witwer landwirtschaftlicher Arbeitnehmer erhalten eine Ausgleichsleistung, wenn der verstorbene Ehegatte Anspruch auf diese hatte oder gehabt hätte, wenn er im Zeitpunkt seines Todes erwerbsunfähig oder erwerbsgemindert im Sinne der

gesetzlichen Rentenversicherung gewesen wäre und die Witwe oder der Witwer eine so genannte große Witwen- bzw. Witwerrente aus der Rentenversicherung erhält und die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des landwirtschaftlichen Arbeitnehmers geschlossen worden ist.

155 Die Ausgleichsleistung beträgt monatlich für den verheirateten Berechtigten in den alten Bundesländern 62,00 Euro, in den neuen Bundesländern seit dem 01.07.2003 54,49 Euro und für den unverheirateten Berechtigten 6/10 dieses Betrages, also 37,20 Euro in den alten bzw. 32,69 Euro in den neuen Bundesländern. Sofern beide Ehegatten Anspruch auf die Leistung haben, erhält jeder die Leistung für den unverheirateten Berechtigten. Soweit mehrere Ausgleichsleistungen zusammentreffen (z. B. bei einer landwirtschaftlichen Arbeitnehmerin, die zugleich einen Anspruch als Witwe eines landwirtschaftlichen Arbeitnehmers hat), wird nur die höchste Leistung gezahlt.

Die Ausgleichsleistung wird nachträglich für zwölf Monate in einer Summe ausgezahlt.

156 Werden sowohl Beihilfe als auch Ausgleichsleistung bezogen, muss die Ausgleichsleistung gemäß der Bestimmungen des Gesetzes über die Errichtung einer Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZVALG) gekürzt werden. Auf das nachfolgende Beispiel wird insoweit verwiesen.

#### Beispiel zur Leistungsberechnung:

Beihilfe und Ausgleichsleistung zur Altersrente	bei 20 Beitragsjahren
Beihilfe: 20 Jahre x 1,30 Euro	26,00 Euro / Monat
Ausgleichsleistung für Verheiratete, alte Bundesländer	62,00 Euro / Monat
Die Ausgleichsleistung in Höhe von	62,00 Euro / Monat
ist um die Beihilfe zu kürzen, so dass eine gekürzte Ausgleichsleistung von	./ 26,00 Euro / Monat
verbleibt.	36,00 Euro / Monat

Somit ergibt sich eine Gesamtleistung aus gekürzter Ausgleichsleistung von 36,00 Euro / Monat und der Beihilfe von 26,00 Euro / Monat d. h. eine Gesamtleistung von **62,00 Euro / Monat**

## Regelungen für die neuen Bundesländer

157 Die Regelungen über die Leistungen nach dem Gesetz über die Errichtung einer Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZVALG) erstrecken sich nach dem Gesetz zur Reform der agrarsozialen Sicherung (ASRG 1995) für Ansprüche ab 01.07.1995 auch auf das Gebiet der neuen Bundesländer.

Die Tarifvertragsparteien haben ebenso durch Tarifvertrag vom 25.02.1994 die Übernahme der tarifvertraglichen Leistungen auf Gewährung einer Beihilfe aus dem Zusatzversorgungswerk für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft auf die neuen Bundesländer mit Wirkung ab dem 01.07.1995 erweitert.

## Organisation

158 Zur Verwirklichung der Aufgaben haben die Tarifvertragsparteien als gemeinsame Einrichtung das Zusatzversorgungswerk für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft e.V. gegründet.

Um die Gesamaltersversorgung älterer ehemaliger Arbeitnehmer zu verbessern, ist durch Gesetz die Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLA), Anstalt des öf-

fentlichen Rechts, am Sitz des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Kassel gegründet worden. Sie hat die Aufgabe, die aus Mitteln des Bundes finanzierten Ausgleichsleistungen zu zahlen. Außerdem ist sie berechtigt, Aufgaben des ZLF durchzuführen.

## Finanzierung

159 Die Beihilfen werden aus Beiträgen der Arbeitgeber finanziert. Für jeden beschäftigten rentenversicherungspflichtigen Arbeitnehmer und Auszubildenden (Ausnahme Elternlehre) sind monatlich 5,20 Euro zu entrichten. Es ist nicht maßgebend, welche Art der Beschäftigung im Betrieb ausgeübt wird. Auch für Mitarbeiter, die nichtlandwirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Buchhalter, Sekretärin, Schlosser usw.) ausüben, besteht Beitragspflicht.

Die Kosten der Ausgleichsleistung einschließlich der Verwaltungskosten trägt der Bund.

## Auskunft

160 Auskunft über Einzelheiten im Zusammenhang mit der gesetzlichen Zusatzversorgung erteilt die Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft, Druseltalstraße 51, 34131 Kassel.

# 17

## Alterssicherung der Landwirte

### Entstehungsgeschichte

1 Mit dem am 1. Oktober 1957 in Kraft getretenen Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte (GAL) wurde für selbständige landwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörige ein Sondersystem der Altersversicherung eingeführt. Die ursprüngliche Zielsetzung des Gesetzes bestand darin, den zusätzlichen Bargeldbedarf neben dem Altenteil („Taschengeld“) abzudecken, wenn der Unternehmer den Hof an seinen Nachfolger abgegeben hatte. Die Höhe der Leistung betrug zunächst 60 DM monatlich für Verheiratete und 40 DM monatlich für Unverheiratete.

2 Das Sicherungskonzept der Altershilfe für Landwirte hat sich dann in den folgenden Jahrzehnten vom Taschengeld zu einer echten Teilaltersversicherung mit Verdienstersatzfunktion entwickelt. Die Altershilfe war jedoch nach wie vor nicht als alleinige und vollständige Alterssicherung der Landwirte gedacht. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Altersversorgung der Landwirte auf drei Säulen beruht: Alterssicherung der Landwirte, Altenteil und zusätzliche freiwillige Vorsorge.

3 Die Altershilfe für Landwirte kann nicht mit der klassischen gesetzlichen Rentenversicherung verglichen werden und wurde daher auch nicht – anders als z. B. die knappschaftliche Rentenversicherung – in das SGB VI aufgenommen. Sie verfolgt neben der Alterssicherung auch agrarstrukturpolitische Ziele, indem sie z. B. die Gewährung von Altersrenten stets von der Abgabe des landwirtschaftlichen Unternehmens abhängig macht. Damit soll erreicht werden, dass der Hofnachfolger das Unternehmen frühzeitig übernehmen kann und der Altersgeldempfänger sich in der Regel mit Erreichen des 65. Lebensjahres aus der Unternehmensleitung zurückzieht. Nicht zuletzt deshalb haben die Landwirte in Deutschland das

niedrigste Durchschnittsalter in der gesamten Europäischen Gemeinschaft.

4 Organisatorisch besteht die landwirtschaftliche Sozialversicherung aus selbständigen Versicherungszweigen:

1886/88

Gründung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

1957

Gründung der landwirtschaftlichen Alterskassen

1972

Gründung der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ist das landwirtschaftliche Alterssicherungsrecht umfassend reformiert worden (Gesetz zur Reform der agrarsozialen Sicherung – Agrarsozialreformgesetz 1995 (ASRG 1995) – vom 29. Juli 1994 (BGBl. I, S. 1890). Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte löste das alte Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte ab. Ergänzend hierzu ist Ende 1995 das Gesetz zur Änderung des ASRG 1995 – ASRGÄndG – verkündet worden (Gesetz vom 15. Dezember 1995, BGBl. I, S. 1814), mit dem einige Korrekturen am Agrarsozialreformgesetz vorgenommen wurden, deren Notwendigkeit sich in den ersten Monaten des Vollzugs der Reform herausgestellt hatte. Schließlich ist am 1. August 2001 das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (Gesetz vom 17. Juli 2001, BGBl. I, S. 1600) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurden für alle Zweige der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Änderungen beschlossen, wobei insbesondere für die Alterssicherung der Landwirte wesentliche organisatorische Veränderungen beschlossen wurden. Deren Ziel war es insbesondere, wegen der hohen Bundesmittelfinanzierung der Alterssicherung der Landwirte den Einfluss des Bundes zu stärken. Zu

diesem Zweck wurden insbesondere Aufgaben von den einzelnen Alterskassen zu dem – unter Bundesaufsicht stehenden – Dachverband der Alterskassen, dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen in Kassel, verlagert.

## Die wesentlichen Zielsetzungen der Agrarsozialreform

### Einführung einer eigenständigen Sicherung der Bäuerin

5 Ein Kernstück der Reform war die Einführung einer eigenständigen Sicherung der Bäuerin in der Alterssicherung der Landwirte. Alle Ehegatten von Landwirten, die bei In-Kraft-Treten der Reform (1. Januar 1995) noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet hatten, werden ab dem 1. Januar 1995 wie ein Unternehmer in der Alterssicherung der Landwirte versichert. Damit wird der Stellung der Bäuerin im landwirtschaftlichen Familienbetrieb Rechnung getragen und zugleich der Forderung nach einer eigenen, nicht abgeleiteten sozialen Sicherung der Bäuerin für das Alter und bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit entsprochen.

### Beitragsfestsetzung und Beteiligung des Bundes

6 Der Einheitsbeitrag wird ab dem Jahr 1995 entsprechend dem Beitrags-/ Leistungsverhältnis in der gesetzlichen Rentenversicherung festgesetzt. Dabei wird den unterschiedlichen Leistungsstrukturen zwischen Alterssicherung der Landwirte einerseits und gesetzlicher Rentenversicherung andererseits durch einen Abschlag Rechnung getragen. Dieser beträgt seit 2003 10% (Haushaltssanierungsgesetz vom 22.12.1999; BGBI I, S. 2534).

7 Da die Festsetzung des Einheitsbeitrags ab 1995 nicht mehr aus dem System heraus, d. h. auf der Grundlage des nach Abzug des Bundesanteils vom Beitragszahler zu finanzierenden Anteils an den Ausgaben, sondern systemextern, nämlich entsprechend dem Beitrags-/Leistungsverhältnis in der gesetzlichen Rentenversicherung, erfolgt, wurde begleitend zu dem neuen Beitragsfestsetzungsverfahren die Defizitdeckung des Bundes eingeführt; d. h. der Bund trägt die Differenz zwischen den Gesamtausgaben und den Beitragseinnahmen. Der Bund hat damit das agrarstrukturelle Risiko übernommen und garantiert

hiermit die finanzielle Stabilität der Alterssicherung der Landwirte.

### Beitragsgerechtigkeit

8 Die Neugestaltung des Beitragszuschussrechts hat dafür gesorgt, dass die Höhe der Zuschüsse sich ab 1995 stärker an der Belastungsfähigkeit der Betriebe und der Familien ausrichtet. Beitragszuschussberechtigt sind diejenigen Versicherten, deren Gesamteinkünfte den Betrag von 15.500 Euro (für Ehepaare: 31.000 Euro) jährlich nicht übersteigen. Für die Zuschussberechnung wird das Gesamteinkommen des Versicherten herangezogen; bei verheirateten Versicherten wird das Gesamteinkommen beider Ehegatten jedem Ehegatten zur Hälfte zugerechnet. Dies gilt unabhängig davon, ob beide Ehegatten oder nur einer von ihnen in der Alterssicherung der Landwirte versichert ist.

### Rentenberechnung

9 Die Rentenberechnung wurde in Anpassung an andere Alterssicherungssysteme gerechter gestaltet. Der bisherige so genannte Grundbetrag der einheitlich bei einer Versicherungszeit bis zu 15 Jahren gezahlt wurde, ist entfallen; stattdessen erbringt ab 1995 jedes Beitragsjahr denselben Rentenertrag; und zwar so, dass sich nach 40 Jahren für jeden Versicherten eine ebenso hohe Rente ergibt wie nach früherem Recht für den ledigen Landwirt. Die neue Rentenberechnung hat somit mehr Leistungsgerechtigkeit gebracht, indem sie die frühere, bei Einführung der Altershilfe für Landwirte ursprünglich auch gerechtfertigte Begünstigung nur kurzzeitiger Beitragszahlung beseitigte.

### Überleitung der Alterssicherung der Landwirte auf die neuen Bundesländer

10 Die – reformierte – Alterssicherung der Landwirte wurde zum 1. Januar 1995 auf die neuen Bundesländer übergeleitet. Bei der Überleitung der Alterssicherung der Landwirte wurde den differenzierten Sicherungsbedürfnissen, die sich aus der in der Vergangenheit unterschiedlichen Entwicklung der Betriebsstrukturen und Sozialversicherungssysteme ergeben haben, Rechnung getragen.

### Versicherter Personenkreis

11 Pflichtversichert in der Alterssicherung der Landwirte ist der landwirtschaftliche Unternehmer. Land-

wirtschaftliche Unternehmer sind alle Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein-, Obst-, Gemüse- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht. Unternehmer ist, wer seine berufliche Tätigkeit selbständig ausübt. Versicherungspflicht in der Alterssicherung besteht jedoch nur, wenn das Unternehmen eine bestimmte Mindestgröße erreicht.

Diese Mindestgröße wird von jeder landwirtschaftlichen Alterskasse unter Berücksichtigung der örtlichen oder regionalen Gegebenheiten eigenverantwortlich festgelegt. Als Maßstab ist dabei der Wirtschaftswert, der Flächenwert oder der Arbeitsbedarf heranzuziehen. Die Mindestgröße ist durchweg sehr niedrig festgesetzt, so dass auch Unternehmen mit sehr kleinen Unternehmen in der Alterssicherung der Landwirte versichert sein können. Im Bundesdurchschnitt bilden etwa 4 Hektar eine Mindestgröße; hier können sich aber je nach Alterskasse, örtlichen Gegebenheiten und Betriebsform ganz erhebliche Abweichungen ergeben.

12 Die Zahl der beitragspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer ist stark rückläufig. 1958 waren fast 800.000 in der Altershilfe versichert, Mitte 1994 dagegen nur noch rd. 401.000 Unternehmer. Seit 1988 ist die Zahl der Beitragszahler geringer als die Zahl der Leistungsempfänger. Mitte 1994 gab es rd. 530.000 Leistungsbezieher, so dass im Jahr 1994 auf 100 Beitragszahler 132 Leistungsempfänger entfallen sind. Durch die Agrarsozialreform hat sich dieses Verhältnis allerdings zunächst erheblich zu Gunsten der Beitragszahler verändert. In den Jahren nach Inkraft-Treten der Agrarsozialreform ist die Zahl der Versicherten dann aber wieder stark rückläufig. Nach dem Stand September 2005 waren rd. 304.265 Personen in der Alterssicherung versichert. Der Grund hierfür ist die Einbeziehung der Bäuerin in die Versicherungspflicht.

13 Mit dem Agrarsozialreformgesetz wurde zum 1. Januar 1995 die obligatorische, eigenständige Sicherung der Bäuerin in der Alterssicherung der Landwirte eingeführt. Dies bedeutet, dass alle Ehegatten von Landwirten, die bei Inkraft-Treten der Reform noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben, wie ein landwirtschaftlicher Unternehmer in der Alterssicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind. Innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Übernahme des landwirtschaftlichen Unternehmens oder – im Falle der Eheschließung nach Übernahme des Betrie-

bes – innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach der Eheschließung können die Ehegatten gegenüber der landwirtschaftlichen Alterskasse erklären, welcher Ehegatte als landwirtschaftlicher Unternehmer und welcher Ehegatte als Ehegatte des landwirtschaftlichen Unternehmers versichert ist. Es kann aber auch die Erklärung abgegeben werden, dass beide Ehegatten als landwirtschaftlicher Unternehmer versichert sind, weil das Unternehmen gemeinsam betrieben wird. Geben die Ehegatten eine Erklärung nicht fristgerecht ab, bestimmt die landwirtschaftliche Alterskasse darüber, welcher Ehegatte als landwirtschaftlicher Unternehmer versichert ist.

Die Verfassungsmäßigkeit der eigenständigen Versicherungs- und Beitragspflicht des Landwirtehegatten – unabhängig von einer tatsächlichen Mitarbeit – ist jüngst vom Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 9.12.2003 (1 BvR 558/99) bestätigt worden.

Die Versicherungspflicht bleibt auch nach der Einführung der so genannten „eingetragenen Lebenspartnerschaft“, die in vielen Bereichen für eingetragene Lebenspartner dieselben Rechte und Pflichten wie für Ehegatten vorsieht, auf die Ehegatten von landwirtschaftlichen Unternehmern beschränkt.

Notwendige Folge der Versicherungspflicht ist die Verpflichtung der Bäuerin, Beiträge im gleichen Umfang wie der landwirtschaftliche Unternehmer zu zahlen; d. h. überschreitet das der Bäuerin hälftig zugerechnete Familieneinkommen nicht die Einkommensgrenze für den Beitragszuschuss (ab 01.01.2002 für jeden Ehegatten 15.500 Euro), erhält sie ebenso wie der landwirtschaftliche Unternehmer einen Zuschuss zum Beitrag.

Die Fiktion einer Unternehmerstellung der Bäuerin zur Begründung einer eigenständigen Sicherung beschränkt das Gesetz ausdrücklich auf den Bereich der Alterssicherung der Landwirte. Daher ist ausgeschlossen, dass die Bäuerin auch in anderen Rechtsbereichen, insbesondere in der Krankenversicherung oder in der gesetzlichen Rentenversicherung, regelmäßig als Unternehmerin anzusehen ist. Insbesondere bleibt die Bäuerin in der Krankenversicherung in der Regel familienversichert.

14 Pflichtversicherte in der Alterssicherung der Landwirte sind außerdem die mitarbeitenden Familienangehörigen des Unternehmers und seines Ehegatten, wenn sie hauptberuflich im Unternehmen

mitarbeiten. Als mitarbeitende Familienangehörige gelten

- Verwandte bis zum dritten Grad,
- Verschwägerter bis zum zweiten Grad sowie
- Pflegekinder (Personen, mit denen der Unternehmer oder sein Ehegatte durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haushalt aufgenommen hat).

Nicht zu den mitarbeitenden Familienangehörigen gehört dagegen der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner des Unternehmers.

15 Ende September 2005 waren etwa 12.100 mitarbeitende Familienangehörige beitragspflichtig.

16 Versicherungspflichtig sind auch diejenigen ehemaligen landwirtschaftlichen Unternehmer, die das Unternehmen bis Ende 1994 vor Vollendung des 60. Lebensjahres oder vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit aufgegeben und zur Vermeidung des nach dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Altershilfrecht eintretenden vollständigen Verlusts der Rentenanwartschaft die so genannte Weiterentrichtung von Beiträgen beantragt haben.

### **Versicherungsfreiheit**

17 Versicherungsfrei sind Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige, die

- das 18. Lebensjahr noch nicht oder das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben oder
- bei Beginn der Versicherung die fünfjährige Wartezeit für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nicht mehr erfüllen können.

Darüber hinaus sind mitarbeitende Familienangehörige auch versicherungsfrei, solange sie als Landwirt in der Alterssicherung der Landwirte versichert sind.

### **Befreiung von der Versicherungspflicht**

18 Jeder landwirtschaftliche Unternehmer sowie der als Ehegatte versicherte Landwirt kann sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn er

- eigenes außerlandwirtschaftliches Einkommen von mehr als 4.800 Euro jährlich hat oder
- wegen Kindererziehung, Betreuung eines pflegebedürftigen Familienangehörigen oder Wehr-

bzw. Zivildienst Anwartschaften in anderen Alterssicherungssystemen erwirbt.

Im Zuge der Änderung der Regelungen über geringfügige Beschäftigungsverhältnisse durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2002 (BGBl I, S. 4621), das am 1. April 2003 in Kraft getreten ist, ist das Befreiungsrecht in der Alterssicherung der Landwirte leicht geändert worden. Bis zum 31. März 2003 konnte sich befreien lassen, wer außerlandwirtschaftliches Einkommen von mehr als einen Siebtel der Bezugsgröße (in 2006 wären dies jährlich 4.200 Euro West/3.540 Euro Ost) bezogen hat.

Für die Befreiung ist ein Antrag bei der Alterskasse erforderlich. Die Befreiung ist begrenzt auf die Zeit des Bezugs des außerlandwirtschaftlichen Einkommens oder die Zeit des anderweitigen Erwerbs von Versorgungsanwartschaften durch Kindererziehung, Betreuung eines pflegebedürftigen Familienangehörigen oder Wehr- bzw. Zivildienst.

19 Ehemalige landwirtschaftliche Unternehmer, die das Unternehmen bis Ende 1994 vor Vollendung des 60. Lebensjahres oder vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit aufgegeben und zur Vermeidung des nach dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Altershilfrecht eintretenden vollständigen Verlusts der Rentenanwartschaft die so genannte Weiterentrichtung von Beiträgen beantragt hatten, konnten sich auf Antrag mit Wirkung vom 1. Januar 1995 an oder, so weit zu diesem Zeitpunkt die Wartezeit für eine Altersrente noch nicht erfüllt ist, mit Wirkung von dem Zeitpunkt an, in dem die Wartezeit für eine Altersrente erfüllt ist, von der Versicherungspflicht befreien lassen.

### **Freiwillige Versicherung**

20 Ehemalige landwirtschaftliche Unternehmer sowie die ehemals als Ehegatten versicherten Landwirte, die – z. B. wegen Aufgabe oder Veräußerung des Unternehmens – in der Alterssicherung der Landwirte nicht mehr versicherungspflichtig sind, können die Versicherung freiwillig fortsetzen, wenn sie

- die Wartezeit von fünf Jahren, aber noch nicht die Wartezeit von fünfzehn Jahren für eine Altersrente erfüllt haben,
- eine Rente noch nicht beziehen,
- das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und



- die Fortsetzung der Versicherung innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht beantragen.

Die Versicherung beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Versicherungspflicht endet. Sie endet spätestens mit Beginn des Kalendermonats, zu dessen Beginn die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung nicht mehr vorliegen.

21 Die Ehegatten von ehemaligen Landwirten können sich auch nach Erfüllung der fünfzehnjährigen Wartezeit weiterhin freiwillig versichern, wenn sie nicht der Versicherungspflicht in der Alterssicherung der Landwirte unterliegen, nicht versicherungsfrei und auch nicht von der Versicherungspflicht befreit sind. Voraussetzung für die weitergehende freiwillige Versicherung ist ferner, dass der ehemalige landwirtschaftliche Unternehmer eine Rente bezieht. Dagegen ist bei einem Rentenbezug des Ehegatten die freiwillige Versicherung ausgeschlossen.

## Leistungen

22 Die Alterssicherung der Landwirte gewährt Leistungen, die grundsätzlich denen der gesetzlichen Rentenversicherung ähneln. Da die Alterssicherung der Landwirte als Teilsicherung konzipiert ist, sind die Rentenleistungen jedoch betragsmäßig durchweg niedriger als die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (ab 1. Juli 2005 nach neuem Recht rd. 543 Euro bei 45 Versicherungsjahren (West); ohne Berücksichtigung des Übergangsrechts). Hinzu kommen Besonderheiten durch die zusätzlichen agrarpolitischen Ziele, die mit der Alterssicherung der Landwirte verfolgt werden.

Im Einzelnen gewährt die Alterssicherung der Landwirte Renten wegen Alters, Renten wegen Erwerbsminderung (durch die am 1. Januar 2001 in Kraft getretene Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde in der Alterssicherung der Landwirte die bisherige Rente wegen Erwerbsunfähigkeit durch die Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung abgelöst), Witwen- und Witwerrenten, Waisenrenten und Rehabilitationsleistungen; außerdem werden Betriebs- und Haushaltshilfe gewährt oder Überbrückungsgeld gezahlt, damit das Unternehmen bei Krankheit oder Tod des Unternehmers weitergeführt werden kann. Seit 1986 werden zusätzlich Zuschüsse und Entlastungen zum

Altershilfebeitrag gewährt, die ab 1991 in einem Beitragszuschuss zusammengefasst sind.

### Renten wegen Alters

23 Landwirte sowie die als Ehegatten versicherten Landwirte erhalten Rente wegen Alters, wenn

- sie das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist, wobei auf die Wartezeit nicht nur in der Alterssicherung zurückgelegte Beitragszeiten angerechnet werden (Rdnr. 46) und
- das landwirtschaftliche Unternehmen abgegeben ist.

24 Die Abgabe des Unternehmens ist eine besondere Voraussetzung in der Alterssicherung der Landwirte, mit der agrarstrukturelle Ziele verfolgt werden (Rdnr. 3). Betreibt ein Unternehmer mehrere Unternehmen, muss er alle abgeben, um eine Rente erhalten zu können. Die Abgabe des Unternehmens ist in verschiedenen Formen möglich. Zunächst ist das Unternehmen natürlich dann abzugeben, wenn das Eigentum am Unternehmen auf jemand anderen übertragen worden ist (z. B. durch Hofübergabe an den Erben oder Verkauf). Wird das Eigentum am Unternehmen nicht auf einen anderen übertragen, ist eine Abgabe des Unternehmens durch eine mindestens neunjährige Verpachtung oder neunjährige Einräumung eines Nießbrauchs zugunsten eines Dritten möglich.

25 Nach dem bis Ende 1994 geltenden Altershilferecht war eine Abgabe an den Ehegatten nicht ausreichend, um einen Rentenanspruch zu begründen. Hieran hält auch das ab 1. Januar 1995 geltende Recht der Alterssicherung der Landwirte grundsätzlich fest. Insbesondere um den sich aus der Einführung der eigenständigen Sicherung ergebenden Erfordernissen Rechnung zu tragen, ist jedoch ab dem 1. Januar 1995 unter bestimmten, sehr eingeschränkten Voraussetzungen auch eine Hofabgabe an den Ehegatten leistungsunschädlich. Eine Hofabgabe an den Ehegatten ist dann ausreichend, wenn der den Hof abgebende Unternehmer aus dem Unternehmen ausscheidet und medizinisch, also unabhängig vom Arbeitsmarkt, voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung ist oder der den Hof übernehmende Ehegatte mindestens 62 Jahre alt ist. Die unter diesen Voraussetzungen erfolgte Abgabe an den Ehegatten ist aber nur solange rentenunschädlich, bis auch der übernehmende Ehegatte das 65. Lebens-

jahr vollendet hat (und damit selbst rentenberechtig ist) oder erwerbsgemindert nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung ist. Ist also bis zu diesem Zeitpunkt das Unternehmen nicht an einen anderen abgegeben worden, entfällt der Anspruch auf die Rente.

26 Um zu verhindern, dass ein Unternehmer nur deshalb eine Rente nicht beziehen kann, weil er niemanden findet, der sein Unternehmen übernimmt, sieht das Gesetz noch Ersatztatbestände vor, die der Abgabe gleichstehen, obwohl der Unternehmer seine Flächen behält. Danach liegt unter bestimmten Voraussetzungen eine Abgabe auch dann vor, wenn die landwirtschaftlichen Flächen ganz oder teilweise erstmals aufgeforstet worden sind, oder wenn der Unternehmer eine nach dem jeweiligen Landesrecht bestimmte Stelle dazu ermächtigt, die ihm gehörenden landwirtschaftlichen Flächen zum ortsüblichen, angemessenen Preis zu veräußern oder zu verpachten. Als ein weiterer Ersatztatbestand für die Hofabgabe wurde mit dem Agrarsozialreformgesetz die Stilllegung der landwirtschaftlich genutzten Flächen eingeführt.

27 Von den als Landwirt versicherten Ehegatten kann eine Abgabe des Unternehmens nicht verlangt werden, da sie gerade nicht landwirtschaftlicher Unternehmer sind, sondern allein aufgrund ihrer Stellung als Ehegatte in der Alterssicherung der Landwirte versichert sind. Für sie wird deshalb die Hofabgabe als erfüllt angesehen, wenn sie unabhängig von der Arbeitsmarktlage voll erwerbsgemindert sind oder das 65. Lebensjahr vollendet haben und bis zu diesem Zeitpunkt mindestens 5 Jahre lang als Ehegatte in der Alterssicherung der Landwirte versichert waren.

28 Damit ein Altersrentenbezieher weiter für seinen Eigenbedarf produzieren kann, darf er Flächen in Höhe von höchstens einem Viertel der für die Begründung der Versicherungspflicht maßgebenden Mindestgröße zurückbehalten (im Bundesdurchschnitt etwa 1 Hektar; die zulässige Rückbehaltfläche kann jedoch je nach Alterskasse, örtlichen Gegebenheiten und Betriebsform sehr unterschiedlich sein). Behält der Unternehmer weitere Flächen oder übernimmt er sie später, entfällt der Rentenanspruch.

29 Mitarbeitende Familienangehörige erhalten eine Rente wegen Alters, wenn sie

- das 65. Lebensjahr vollendet haben,

- die Wartezeit von 15 Jahren erfüllen und
- nicht landwirtschaftliche Unternehmer sind.

### **Vorzeitige Altersrente**

30 Landwirtschaftliche Unternehmer sowie die als Ehegatte versicherten Landwirte können die Altersrente bis zu zehn Jahre vor Vollendung des 65. Lebensjahres vorzeitig in Anspruch nehmen, wenn von der Vollendung des 65. Lebensjahres abgesehen die übrigen Voraussetzungen zum Bezug einer Rente wegen Alters vorliegen und der andere Ehegatte bereits Anspruch auf eine Altersrente vom 65. Lebensjahr an hat oder gehabt hat.

31 Mit der Berechtigung zum vorzeitigen Bezug der Altersrente wird der Einführung der eigenständigen Sicherung der Bäuerin Rechnung getragen. Bei einem Altersunterschied von bis zu zehn Jahren ist ein Rentenbezug beider Ehegatten möglich, wenn einer der Ehegatten Altersrente bereits ab Vollendung des 65. Lebensjahres bezieht. Hierdurch wird vermieden, dass bei größerem Altersunterschied im Verhältnis zum bisherigen Recht erhebliche Rentenminderungen eintreten. Diese können sich dadurch ergeben, dass der ältere Ehegatte nur die eigene Rente (ohne Verheiratetenzuschlag) erhält, der andere Ehegatte wegen seines Alters aber einen Anspruch auf seine Rente noch nicht hat.

32 Da sich durch den vorzeitigen Rentenbezug die Rentenbezugsdauer durchschnittlich insgesamt verlängert, entspricht es einer versicherungsrechtlichen Notwendigkeit, durch versicherungsmathematisch begründete Abschläge sicherzustellen, dass auf den Bezieher einer vorzeitigen Altersrente auf die gesamte Rentenbezugsdauer gesehen durchschnittlich nicht höhere Rentenleistungen entfallen als auf den Bezieher einer Altersrente ab dem vollendeten 65. Lebensjahr. Daher vermindert sich die Rente für jeden Monat, für den der Versicherte eine Altersrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch nimmt, um einen Abschlag in Höhe von 0,3 v. H. Sie sind ebenso hoch wie in der gesetzlichen Rentenversicherung. Mitarbeitende Familienangehörige können eine Altersrente nicht vorzeitig in Anspruch nehmen.

### **Rente wegen Erwerbsminderung**

33 Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dieser Rente lehnen sich eng an die entsprechenden Voraussetzungen der Rente wegen Erwerbsminderung in der gesetzlichen Rentenversicherung an.

Ebenso wie in der gesetzlichen Rentenversicherung haben sich zum 1. Januar 2001 mit In-Kraft-Treten der Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die Voraussetzungen für diese Renten geändert. In der Alterssicherung der Landwirte ist an die Stelle der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit die Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung getreten. Landwirtschaftliche Unternehmer und die als Ehegatten versicherten Landwirte haben daher einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn

- sie voll oder teilweise erwerbsgemindert nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung sind,
- sie vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben,
- sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge in der landwirtschaftlichen Alterssicherung gezahlt haben (so genannte „Drei in Fünf“ Erfordernis) und
- das Unternehmen der Landwirtschaft abgegeben ist.

34 Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst jede nur denkbare Tätigkeit, die es auf dem Arbeitsmarkt gibt. Darüber hinaus haben Versicherte auch dann einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie noch mindestens drei, aber weniger als sechs Stunden täglich arbeiten und das verbliebene Restleistungsvermögen wegen Arbeitslosigkeit nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können.

35 Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird gezahlt, wenn das verbliebene Restleistungsvermögen noch in Erwerbseinkommen umgesetzt werden kann. Hingegen wird – wie erwähnt – eine Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt, wenn das Restleistungsvermögen nicht verwertet werden kann.

36 Von Bedeutung ist speziell in der Alterssicherung der Landwirte, dass sowohl für die Erfüllung der Wartezeit als auch für die Erfüllung des „Drei in Fünf“ Erfordernisses Beitragszeiten bzw. Pflichtbeitragszeiten der Alterssicherung der Landwirte Zeiten gleichstehen, in denen eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, eine Pflichtmitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk (Kapitel 14) oder eine Absicherung über die Beamtenversorgung bestand (Rdnr. 46, 49). Dies bedeutet: Bei einem Wechsel von einer außerlandwirtschaftlichen zu einer landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit entsteht sofort ein Schutz gegen den Eintritt von Erwerbsminderung in der Alterssicherung. Bei einem umgekehrten Wechsel von einer landwirtschaftlichen zu einer außerlandwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit wirkt sich dies ebenfalls nicht zu Lasten des Versicherten aus. Denn der vorgenannte Fünf-Jahres-Zeitraum verlängert sich in diesem Fall um die Zeit einer außerlandwirtschaftlichen Berufstätigkeit und die sonstige Zeiten, die auch in der gesetzlichen Rentenversicherung den entsprechenden Fünf-Jahres-Zeitraum verlängern und damit die Anwartschaft auf eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit aus der Alterssicherung wahren.

37 Mitarbeitende Familienangehörige erhalten – vom Erfordernis der Hofabgabe abgesehen – unter denselben Voraussetzungen Rente wegen Erwerbsminderung.

38 Wer bereits vor dem 1. Januar 2001 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezogen hat, behält seinen Anspruch auf diese Rente weiter – auch wenn nach neuem Recht selbst ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nicht bestünde (z. B. Restleistungsvermögen von sieben Stunden täglich und fehlender Möglichkeit, dieses Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verwerten).

### Leistungen an Hinterbliebene

39 Als Hinterbliebenenleistungen werden gewährt

- Witwenrente sowie Witwerrente und
- Halb- sowie Vollwaisenrente.

Nach den zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Neuregelungen auf Grund des Gesetzes zur Überarbeitung des Lebenspartnerschaftsgesetzes (Gesetz v. 15. Dezember 2004, BGBl. I, S. 3396) haben ab 1. Januar 2005 auch hinterbliebene Lebenspartner

einer eingetragenen Lebenspartnerschaft Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente wie hinterbliebene Ehegatten.

40 Witwen oder Witwer (einschließlich hinterbliebene Lebenspartner) haben nach dem Tode des Versicherten Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente, wenn

- das Unternehmen der Landwirtschaft des Verstorbenen abgegeben ist,
- der verstorbene Ehegatte die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat,
- der überlebende Ehegatte nicht Landwirt ist und
- der überlebende Ehegatte entweder
  - ein eigenes Kind oder ein Kind des verstorbenen Ehegatten, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erzieht,
  - das 45. Lebensjahr vollendet hat oder
  - voll oder teilweise erwerbsgemindert nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung ist.

41 Als Kinder werden auch Stief- und Pflegekinder sowie Enkel und Geschwister, die in den Haushalt der Witwe oder des Witwers aufgenommen sind oder von diesen überwiegend unterhalten werden, berücksichtigt. Rentenunschädlich ist darüber hinaus auch die ausgeübte Sorge für ein eigenes Kind oder ein Kind des versicherten Ehegatten, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

42 Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung entfällt der Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente im Falle der Wiederheirat der Witwe bzw. des Witwers. Der Anspruch lebt jedoch bei Vorliegen aller sonstigen Voraussetzungen wieder auf, wenn die erneute Ehe aufgelöst oder für nichtig erklärt ist (Witwenrente oder Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten).

43 Mitarbeitenden Familienangehörigen wird die Witwen- bzw. Witwerrente – abgesehen vom Erfordernis der Hofabgabe – unter den gleichen Voraussetzungen gezahlt wie den Landwirten.

44 Für den Anspruch der Kinder von Landwirten und mitarbeitenden Familienangehörigen auf Waisenrente gelten die gleichen Voraussetzungen wie

in der gesetzlichen Rentenversicherung; d. h. der überlebende bzw. der verstorbene Elternteil muss unterhaltspflichtig sein bzw. gewesen sein und der verstorbene Elternteil muss die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben. Als besondere Anspruchsvoraussetzung tritt auch hier hinzu, dass die Kinder keine landwirtschaftlichen Unternehmer sein dürfen. Der Anspruch auf Halb- oder Vollwaisenrente besteht längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn die Waise sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Besteht Anspruch auf Waisenrente wegen einer Schul- oder Berufsausbildung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres erhöht sich die für den Anspruch auf Waisenrente maßgebende Altersbegrenzung bei Unterbrechung oder Verzögerung der Schulausbildung oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehrdienst oder Zivildienst um die Zeit dieser Dienstleistung.

### Wartezeit

45 Voraussetzung für die Rentengewährung ist, dass eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) erfüllt ist. Die Wartezeit für die Rente wegen Erwerbsminderung und die Rente an Hinterbliebene beträgt fünf Jahre, und die Wartezeit für die Rente wegen Alters und die vorzeitige Rente wegen Alters beträgt fünfzehn Jahre.

46 Als Besonderheit in der Alterssicherung gilt, dass auf die Wartezeiten nicht nur Zeiten angerechnet werden, in denen Beiträge zur Alterssicherung der Landwirte gezahlt wurden. Angerechnet werden auch

- Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Zeiten, in denen eine Tätigkeit als Beamter ausgeübt wurde und
- Zeiten, in denen Pflichtbeiträge an ein berufständisches Versorgungswerk gezahlt wurden.

Im Ergebnis werden damit alle Zeiten, in denen in anderen öffentlich-rechtlichem Alterssicherungssystemen Anwartschaften aufgrund einer Pflichtversicherung erworben wurden, auf die Wartezeiten für Renten aus der Alterssicherung angerechnet.

Weitere Voraussetzung für die Anrechnung dieser Zeiten ist jedoch, dass nicht zeitgleich Beiträge zur

Alterssicherung gezahlt wurden oder deshalb nicht gezahlt worden sind, weil eine Befreiung von der als landwirtschaftlicher Unternehmer in der Alterssicherung bestehenden Versicherungspflicht – d. h. nicht von der als Ehegatte eines Unternehmers bestehenden Versicherungspflicht – vorlag. Dies bedeutet: Lässt sich die Bäuerin von der Versicherungspflicht in der Alterssicherung befreien, werden ihr auch die während dieser Zeit in anderen Alterssicherungssystemen zurückgelegten Zeiten auf die Wartezeiten für Renten aus der Alterssicherung angerechnet.

47 Eine besondere Wartezeitregelung gilt ferner für diejenigen Bäuerinnen, die vor dem 1. Januar 1995 bereits das 40. Lebensjahr vollendet hatten. Für diese Bäuerinnen gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn sie

- am 31. Dezember 1994 bereits mit einem zu diesem Zeitpunkt von der Beitragspflicht zur Altershilfe befreiten Landwirt verheiratet waren und
- bis zur Abgabe des landwirtschaftlichen Unternehmens lückenlos Beiträge zur Alterssicherung gezahlt haben oder zeitweise nur deshalb Beiträge nicht gezahlt haben, weil sie sich wegen Pflügetätigkeit oder Kindererziehung von der Versicherungspflicht in der Alterssicherung haben befreien lassen.

Diese Neuregelung kommt insbesondere solchen Bäuerinnen zugute, deren Ehemänner nur wenige Jahre nach Einführung der eigenen Versicherungs- und Beitragspflicht der Bäuerin den Hof abgeben. Ohne diese Wartezeitfiktion könnte die Bäuerin in diesen Fällen bis zur Hofabgabe die 15-jährige Wartezeit nicht erfüllen, wenn sie in anderen Alterssicherungssystemen keine oder nur wenige Zeiten zurückgelegt hat.

48 Die Wartezeit von fünf Jahren ist ferner – wie in der gesetzlichen Rentenversicherung – vorzeitig erfüllt, wenn der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls erwerbsgemindert nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung geworden oder gestorben ist und im Zeitpunkt des Arbeitsunfalls versicherungspflichtig war.

49 Diejenigen in anderen Sicherungssystemen zurückgelegten Zeiten, die auf die Wartezeiten in der Alterssicherung angerechnet werden, werden im übrigen auch für die Erfüllung der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Renten wegen Erwerbsminderung (so genannte „Drei in

Fünf“ Erfordernis, vgl. Rdnr. 33, 36) angerechnet. Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der Alterssicherung besteht daher schon dann, wenn in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit für drei Jahre Pflichtbeiträge zur Alterssicherung gezahlt wurden und/oder solche Zeiten zurückgelegt wurden, die auf die Wartezeiten in der Alterssicherung angerechnet werden.

### Rentenrechtliche Zeiten

50 Das Gesetz unterscheidet bei den rentenrechtlichen Zeiten zwischen Beitragszeiten, Zurechnungszeiten und Zeiten des Rentenbezugs.

### Beitragszeiten

51 Beitragszeiten sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt sind.

52 Unter den Beitragszeiten kommt den bis zum 31. Dezember 1994 vom verheirateten Landwirt zurückgelegten Beitragszeiten eine besondere Bedeutung zu. Denn die mit dem Agrarsozialreformgesetz eingeführte eigenständige Sicherung der Bäuerin soll auch denjenigen Bäuerinnen zugute kommen, die bei fortgeschrittenem Lebensalter bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres durch Entrichtung eigener Beiträge nur noch geringe Anwartschaften aufbauen können. Daher werden die Beiträge, die die landwirtschaftlichen Unternehmer während einer Unternehmertätigkeit vor In-Kraft-Treten der Agrarsozialreform am 1. Januar 1995 gezahlt haben und die auf die Ehezeit entfallen, bei ihren Ehegatten als Beitragszeiten angerechnet. Die Anrechnung erfolgt nur, wenn die Beitragszeiten auch bei der künftigen Rente an den landwirtschaftlichen Unternehmer berücksichtigt werden (Lückenlosigkeit der Beitragszahlung bis Ende 1994) und die Bäuerin

- am 1. Januar 1995 noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet hat,
- ab dem 1. Januar 1995 Pflichtbeiträge in der Alterssicherung der Landwirte zahlt, sofern der Ehegatte am 1. Januar 1995 noch Landwirt ist und
- sich bis zu ihrem Rentenbeginn, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2000, nicht wegen Erzielung außerlandwirtschaftlichen Erwerbs- und Erwerbssatzzeinkommens von der Versicherungspflicht hat befreien lassen.

Angerechnet werden der Bäuerin jedoch nur die vom Ehegatten als Landwirt zurückgelegten Beitragszeiten, nicht aber diejenigen Beitragszeiten des Ehegatten, die dieser nach der Hofabgabe aufgrund freiwilliger Erklärung zur Weiterentrichtung von Beiträgen zurückgelegt hat.

53 In den Genuss der Beitragsanrechnung kommt neben dem Ehegatten, der am 1. Januar 1995 mit einem landwirtschaftlichen Unternehmer verheiratet ist, auch der Ehegatte, der am 1. Januar 1995 mit einem ehemaligen landwirtschaftlichen Unternehmer verheiratet war, der Rente wegen Alters oder (damals) Erwerbsunfähigkeit oder eine Rente nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit bezog.

### Zurechnungszeit

54 Zurechnungszeit ist die Zeit zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles bzw. dem Rentenbeginn und der Vollendung des 60. Lebensjahres durch den Versicherten. Sie wird bei der Berechnung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder einer Rente an Hinterbliebene den Beitragszeiten hinzugerechnet. Hierdurch wird gewährleistet, dass bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit und bei Tod vor Vollendung des 60. Lebensjahres der Versicherte bzw. seine Hinterbliebenen so gestellt werden, als wenn während der Zurechnungszeit weiterhin Beiträge zur Alterssicherung der Landwirte gezahlt worden wäre.

### Rentenbezugszeiten

55 Rentenbezugszeiten sind Zeiten des Bezugs einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder (ab 1. Januar 2001) Erwerbsminderung, die mit einer Zurechnungszeit zusammentreffen, und die vor dem Beginn dieser Rente liegende Zurechnungszeit.

## Berechnung der Renten

### Berechnung der Renten für Versicherte

56 Mit dem Agrarsozialreformgesetz wurde in der Alterssicherung der Landwirte die „linearisierte“ Rentenberechnung eingeführt. Sie ist an die Stelle der bisherigen Rentenberechnung getreten, wonach sich bei bis zu 15 Beitragsjahren ein einheitlicher Rentenbetrag (Grundbetrag) einstellte und für jedes über 15 Jahre hinausgehende Beitragsjahr 3 v. H. des Grundbetrages (Staffelungsbetrag) hinzukamen. Fer-

ner wird die Rente für einen verheirateten Landwirt bei gleicher Versicherungsdauer in derselben Höhe gezahlt wie für einen unverheirateten Landwirt. Somit ist der bei verheirateten Landwirten nach dem bis Ende 1994 geltenden Recht zur Rente gezahlte Verheiratetenzuschlag (= 50 v. H. der Rente an Ledige) grundsätzlich entfallen. An seine Stelle ist die eigene Rente der Bäuerin getreten, auf die jedoch ein Anspruch nur besteht, sofern die Bäuerin in der Alterssicherung der Landwirte versichert ist.

57 Nach dem Prinzip der „linearisierten“ Rentenberechnung erbringt jedes Jahr der Beitragszahlung denselben Rentenertrag. Der Rentenertrag pro Beitragsjahr ist mit dem Agrarsozialreformgesetz in der Weise festgelegt worden, dass sich nach neuem Recht für einen Versicherten mit 40 Jahren Beitragszahlung eine ebenso hohe Rente ergibt, wie sie sich nach altem Recht für einen Ledigen mit gleicher Versicherungsdauer ergeben würde. Der monatliche Rentenertrag pro Beitragsjahr nennt sich – in Anlehnung an die Terminologie in der gesetzlichen Rentenversicherung – „allgemeiner Rentenwert“. Er beträgt ab 1. Juli 2005 weiterhin 12,06 Euro, da im Jahre 2005 – wie schon im Jahr 2004 – im Ergebnis keine Rentenerhöhung erfolgte.

### Rentenformel

**Monatsrente = Steigerungszahl (Sz) x Rentenartfaktor (RAF) x allgemeiner Rentenwert (a. Rw.)**

58 Die Monatsrente nach neuem Recht errechnet sich durch Vervielfältigung des allgemeinen Rentenwerts mit der so genannten Steigerungszahl und dem Rentenartfaktor.

59 Die Steigerungszahl wird ermittelt, indem die Summe der Kalendermonaten an

- Pflichtbeiträgen, die als landwirtschaftlicher Unternehmer gezahlt worden sind,
- an freiwilligen Beiträgen,
- an Zurechnungszeit für Berechtigte, die zuletzt als Landwirt versichert waren, und
- an Zeiten des Bezugs einer Rente an Landwirte mit dem Faktor 0,0833 vervielfältigt wird.

60 Die Rentenformel bewirkt damit, dass – insoweit abweichend vom früheren Altershilferecht – nicht nur volle Jahre der Beitragszahlung, sondern jeder



Kalendermonat mit Beiträgen zu einer Rentenleistung führt.

61 Der Rentenartfaktor wurde mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eingeführt. Er beschreibt das Sicherungsziel der jeweiligen Rente. Mit der Einführung des Rentenartfaktors war- isoliert betrachtet - keine Änderung im Hinblick auf die Höhe der Rente verbunden. Änderungen hat es nur insoweit gegeben, als die neue Rente wegen (nur) teilweiser Erwerbsminderung nur in halber Höhe gezahlt wird und insofern, als mit dem Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Gesetz vom 21.3.2001, BGBl. I, S. 403) die Renten an Witwen und Witwer – wenn auch unter Geltung großzügiger Vertrauensschutzregelungen – abgesenkt wurden. Grundsätzlich beträgt der Rentenartfaktor ab 1. Januar 2002 für

- Renten wegen Alters und Renten wegen voller Erwerbsminderung 1,0
  - Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung 0,5
  - Witwen- und Witwerrenten 0,55
- (bis zum Ablauf des dritten Kalendermonats nach dem Sterbemonat beträgt der Rentenartfaktor wie bisher allerdings 1,0)
- Waisenrenten 0,2

Der Rentenartfaktor für Witwen- und Witwerrenten beträgt allerdings weiterhin 0,6 (d. h. die Witwen- und Witwerrente beträgt nach Ablauf des so genannten „Sterbevierteljahres“ 60% der Rente des Verstorbenen), wenn

- der andere Ehegatte vor dem 1. Januar 2002 verstorben ist oder
- die Ehe bereits vor dem 1. Januar 2002 bestand und zumindest einer der Ehegatten am 1. Januar 2002 bereits das 40. Lebensjahr vollendet hatte.

Soweit der Rentenartfaktor auf 0,55 abgesenkt wird, werden jedoch eventuell Zuschläge zur Witwen- oder Witwerrente gewährt, wenn der Hinterbliebene Kinder erzogen hat (Näheres s. unten Berechnung der Renten an Hinterbliebene).

Für vor dem 1. Januar 2001 bereits bezogene Renten wegen Erwerbsunfähigkeit nach dem bis Ende 2000 geltenden Recht gilt ebenfalls der Rentenartfaktor 1,0.

#### Beispiel:

Versicherung als Landwirt für 30 Jahre und 7 Monate = 367 Monate; Steigerungszahl =  $367 \times 0,0833 = 30,5711$ ; Monatsrente =  $30,5711 \times 1 \times 12,06 = 368,69$  Euro

#### Anpassung

62 Die Renten aus der Alterssicherung der Landwirte werden ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung grundsätzlich am 1. Juli jeden Jahres angepasst. Entsprechend den für die gesetzliche Rentenversicherung zuletzt mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz (Gesetz v. 21. Juli 2004, BGBl. I, S. 1791) getroffenen Neuregelungen zur Anpassung der Renten (SGB VI) werden die Renten entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Bruttolöhne unter Berücksichtigung der Aufwendungen für private Vorsorge, des so genannten „Nachhaltigkeitsfaktors“ und der Veränderung des Beitragsatzes zur gesetzlichen Rentenversicherung angepasst. Der Nachhaltigkeitsfaktor spiegelt das sich in Zukunft insbesondere aus demografischen Gründen verändernde Verhältnis der Zahl der Beitragszahler zur Rentenversicherung im Vergleich zur Zahl der Rentempfänger wider. Eine Verschlechterung dieses Verhältnisses infolge Zunahme der Rentempfänger führt dann zu einer Minderung der Rentenanpassung im Ausmaß dieser - relativen - Verschlechterung der Relation zwischen Beitragszahlern und Rentempfängern. Der allgemeine Rentenwert verändert sich daher grundsätzlich zum 1. Juli eines jeden Jahres entsprechend dem Vornahmensatz, um den der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung jeweils verändert wird. Die Anpassung erfolgt, indem der bisherige allgemeine Rentenwert durch den neuen allgemeinen Rentenwert ersetzt wird. Im Jahre 2005 erfolgt allerdings im Ergebnis (wie schon 2004) keine Rentenerhöhung, da sich auf Grund der die Rentenanpassung bestimmenden Faktoren keine Erhöhung ergab (im Jahre 2004 entfiel die Rentenanpassung von vorneherein, vgl. Artikel 2 des zweiten Gesetzes zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze, Gesetz vom 27.12.2003, BGBl. I, S. 3013).

#### Berechnung der Rente an mitarbeitende Familienangehörige

63 Die Rente für mitarbeitende Familienangehörige wird nach der gleichen Rentenformel berechnet. Allerdings wird die Steigerungszahl ermittelt, indem die Summe der Kalendermonate an

- Pflichtbeiträgen, die als mitarbeitender Familienangehöriger gezahlt worden sind,
- an Zurechnungszeit für Berechtigte, die zuletzt als mitarbeitende Familienangehörige versichert waren, und
- an Zeiten des Bezugs einer Rente an mitarbeitende Familienangehörige

mit dem Faktor 0,0417 vervielfältigt wird.

64 Hiermit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass für mitarbeitende Familienangehörige nur die Hälfte des für den landwirtschaftlichen Unternehmer maßgebenden Beitrags zu entrichten ist und infolgedessen auch nur eine Rente zu zahlen ist, die der Hälfte der Rente eines landwirtschaftlichen Unternehmers entspricht.

65 Sind rentenrechtliche Zeiten sowohl als landwirtschaftlicher Unternehmer als auch als mitarbeitender Familienangehöriger zurückgelegt worden, werden jeweils zwei Teilrentenbeträge ermittelt, deren Summe den Monatsbetrag der Rente ergibt.

### Abschläge vom allgemeinen Rentenwert bei Renten wegen Erwerbsminderung und Renten wegen Todes ab 1. Januar 2001

66 Sowohl bei einer Rente wegen voller als auch bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung werden Abschläge vom allgemeinen Rentenwert vorgenommen, wenn der Rentenbeginn vor Vollendung des 63. Lebensjahres liegt. Für jeden Kalendermonat, für den die Rente wegen Erwerbsminderung vor Ablauf des Kalendermonats der Vollendung des 63. Lebensjahres in Anspruch genommen wird, wird ein Abschlag in Höhe von 0,3 v. H. vorgenommen. Entsprechendes gilt bei Renten wegen Todes, wenn der Versicherte, aus dessen Anwartschaften die Rente wegen Todes berechnet wird, vor Vollendung des 63. Lebensjahres verstorben ist. Die Regelung ist vergleichbar den Regelungen für vorzeitige Altersrenten, bei denen ebenfalls Abschläge vorgenommen werden. Wer eine Rente wegen Erwerbsminderung vor Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch nimmt, wird allerdings so gestellt, als hätte er das 60. Lebensjahr vollendet. Hiermit wird der höchstmögliche Abschlag auf 10,8 v. H. begrenzt, da sich maximal ein Abschlag aus 36 Monaten (3 Jahren) ergibt, um die die Rente vor dem 63. Lebensjahr in Anspruch genommen werden kann ( $36 \times 0,3\% = 10,8\%$ ). Auch

bei den Renten wegen Todes wird maximal ein Abschlag in Höhe von 10,8 v. H. vorgenommen.

67 Die Abschläge bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurden jedoch nicht sofort in voller Höhe, sondern schrittweise eingeführt. Bei Beginn einer Rente wegen Erwerbsminderung ab 2004 werden die Abschläge in voller Höhe vorgenommen.

#### Beispiel:

Beginn einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ab Januar 2004; Alter des Versicherten bei Rentenbeginn: 61 Jahre und 5 Kalendermonate (d. h. 19 Monate vor Ablauf des Kalendermonats der Vollendung des 63. Lebensjahres). Bis Rentenbeginn wurden 35 Versicherungsjahre zurückgelegt (d. h. Steigerungszahl =  $35 \times 12 \times 0,0833 = 34,986$ )

Monatsrente =  $34,986 \times 1 \times (12,06 - (19 \times 0,3\%)) = 34,986 \times (12,06 - 5,7\%) = 34,986 \times 11,3726 = 397,88 \text{ Euro.}$

### Begrenzung des Rentenbetrags aus den dem Ehegatten beitragsfrei angerechneten Beitragsjahren des Landwirts

68 Der Rentenzahlbetrag aus den dem Ehegatten beitragsfrei angerechneten Beitragsjahren des landwirtschaftlichen Unternehmers, die dieser vor 1995 zurückgelegt hat und die auf die Ehezeit entfallen, wird auf den Ehegattenzuschlag begrenzt, auf den der landwirtschaftliche Unternehmer mit seinen insgesamt bis zum Rentenbeginn der Frau zurückgelegten Beitragsjahren nach dem bisherigen Altershilferecht Anspruch gehabt hätte. Die sich nach altem Recht ergebenden Rentenzahlbeträge sind der Anlage 2 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte zu entnehmen; die dort angeführten Faktoren sind mit dem jeweils gültigen allgemeinen Rentenwert zu vervielfältigen. Aus der Differenz der Rente nach altem Recht für Verheiratete einerseits und Unverheiratete andererseits ergibt sich dann der Verheiratetenzuschlag nach altem Recht.

#### Beispiel:

Beginn der Versicherung des Landwirts:  
01.01.1972

Ende der Versicherung des Landwirts:  
31.12.2001

Beginn der Ehezeit:

01.01. 1975

Rentenbeginn der Bäuerin:

01.01.2006

Rente aus den 20 beitragsfrei angerechneten, auf die Ehezeit bis Ende 1994 entfallenden Beitragsjahren:

$240 \times 0,0833 \times 12,06 \text{ Euro} = 241,10 \text{ Euro}$

Ehegattenzuschlag aus den vom Landwirt bis zum Rentenbeginn seines Ehegatten insgesamt zurückgelegten 30 Beitragsjahren des Landwirts: 198,80 Euro.

Rentenbetrag aus den 20 beitragsfrei angerechneten Beitragsjahren = **198,80 Euro**.

### Berechnung der Renten für Hinterbliebene

69 Nach altem Altershilferecht erhielt der überlebende Ehegatte nur eine Rente, und zwar in Höhe der Rente für Unverheiratete. Mit dem Agrarsozialreformgesetz wurde die Berechnung der Renten an Hinterbliebene an die entsprechenden Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst. Dies bedeutet, dass eine Witwe bzw. ein Witwer neben der Rente aus eigener Versicherung eine Rente aus der Versicherung des verstorbenen Ehegatten erhält. Diese beträgt 55 v. H. der Rente des verstorbenen Ehegatten bzw. 60 v. H., wenn die Ehe bereits vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und mindestens ein Ehegatte am 1. Januar 2002 bereits das 40. Lebensjahr vollendet hatte. Sofern der Rentenartfaktor 0,55 beträgt, werden jedoch bei Ermittlung der Witwen- oder Witwerrente Zuschläge zur Steigerungszahl gewährt, wenn dem hinterbliebenen Ehegatten in der gesetzlichen Rentenversicherung Kinderberücksichtigungszeiten zugeordnet wurden, d. h. wenn der hinterbliebene Ehegatte Kinder erzogen hat. Der Zuschlag zur Steigerungszahl ist für das erste Kind – vereinfacht gesagt – so bemessen, dass sich ein Rentenzuschlag in Höhe des Doppelten des allgemeinen Rentenwerts ergibt. Für jedes weitere erzogene Kind ergibt sich ein Rentenzuschlag in Höhe des allgemeinen Rentenwerts. Im Ergebnis bedeutet dies, dass eine durchschnittliche Witwen- oder Witwerrente bei einem erzogenen Kind in etwa so hoch ist wie nach altem Recht (nach dem die Witwen- oder Witwerrente 60 v. H. betrug) und sich bereits bei zwei oder mehr erzo-

genen Kindern eine Verbesserung der Witwen- oder Witwerrente nach neuem Recht ergibt.

70 In den ersten drei Kalendermonaten nach dem Tod wird als Witwen- oder Witwerrente die Rente wegen Erwerbsminderung des Verstorbenen in voller Höhe zugrunde gelegt.

71 Auf die Witwen- bzw. Witwerrente finden grundsätzlich die allgemeinen Vorschriften des SGB VI zur Anrechnung von Einkommen auf Renten Anwendung. Im Zuge des Gesetzes zur Ergänzung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Gesetz vom 21.03.2001, BGBl. I, S. 403) sowie dem Gesetz zur Verbesserung des Hinterbliebenenrentenrechts vom 17. Juli 2001 (BGBl. I, S. 1598) hat es in diesem Bereich einige Änderungen gegeben, die u. a. dazu geführt haben, dass das Recht zur Einkommensanrechnung auf Hinterbliebenenrenten in der Alterssicherung der Landwirte nicht mehr völlig deckungsgleich mit dem entsprechenden Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung ist. Nach diesen Neuregelungen werden grundsätzlich auf Hinterbliebenenrenten 40 v. H. aller Einkünfte angerechnet, die einen bestimmten Freibetrag übersteigen – und nicht nur – wie nach dem bis Ende 2001 geltenden Recht – Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen. Angerechnet werden also künftig auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Vermögenseinkünfte. Zum Ausgleich dieser erweiterten Anrechnung von Einkünften wird jedoch der in der Alterssicherung der Landwirte geltende Freibetrag gegenüber dem in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Freibetrag um 50 v. H. erhöht, da die Alterssicherung der Landwirte (lediglich) ein Teilsicherungssystem ist und die dort Versicherten seit jeher mehr als die in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten im Alter auf sonstige Einkünfte angewiesen sind und waren. Der Freibetrag liegt in der Alterssicherung der Landwirte für Witwen- und Witwerrenten beim 39,6-fachen des aktuellen Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung zuzüglich des 5,6-fachen des aktuellen Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung für jedes waisenrentenberechtigten Kind und für Waisenrenten beim 26,4-fachen des aktuellen Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung (er beträgt ab 01.07.2005 demnach (weiterhin) monatlich 1.034,75 Euro für Witwen- und Witwerrenten zuzüglich 146,33 Euro monatlich für jedes waisen-

rentenberechtigtes Kind und 689,83 Euro monatlich für Waisenrenten).

**Beispiel:**

Witwenrente (ohne Einkommensanrechnung):  
300 Euro

Sonstige Einkünfte : 1500 Euro

Freibetrag: 1034,75 Euro

Anrechenbar: 40 v. H. des den Freibetrag  
übersteigenden Einkommens = 40 v. H.  
von (1500 – 1034,75 Euro) = 186,10 Euro.

Witwenrente nach Einkommensanrechnung:  
300 Euro – 186,10 Euro = **113,90 Euro**

72 Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt die erweiterte Anrechnung von Einkünften auf Hinterbliebenenrenten jedoch nicht für die Fälle, in denen der Tod des früheren Ehegatten bereits vor dem 1. Januar 2002 eingetreten ist oder in denen die Ehe bereits vor dem 1. Januar 2002 geschlossen wurde und mindestens einer der Ehegatten am 1. Januar 2002 bereits das 40. Lebensjahr vollendet hatte. Hier bleibt es auch in der Alterssicherung der Landwirte dabei, dass auf Hinterbliebenenrenten nur Erwerbs- und Erwerbssersatz Einkommen angerechnet wird. Gleichzeitig sind aber in diesen Fällen auch die Freibeträge niedriger, d. h. sie betragen für Witwen- und Witwenrenten das 26,4-fache des aktuellen Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung und für Waisenrenten das 17,6-fache des aktuellen Rentenwerts der gesetzlichen Rentenversicherung.

73 Die Waisenrente beträgt für Vollwaisen jeweils 20 v. H. der Anwartschaften der zwei verstorbenen Landwirte oder mitarbeitenden Familienangehörigen mit den höchsten Renten, wobei für den Fall, dass nur ein Elternteil Rentenanwartschaften in der Alterssicherung erworben hat oder ein Elternteil nur sehr geringe Rentenanwartschaften erworben hat, die Vollwaisenrente um einen Zuschlag erhöht wird. Die Halbwaisenrente beträgt 20 v. H. der vom verstorbenen Landwirt oder mitarbeitenden Familienangehörigen erworbenen Anwartschaften.

**Berechnung der Renten nach Übergangsrecht**

74 Die bereits vor In-Kraft-Treten des Agrarsozialreformgesetzes bestehenden Rentenansprüche wurden nicht auf der Grundlage der reformierten Renten-

berechnungsformel neu berechnet. Sie wurden in unveränderter Höhe weitergezahlt. Auch die Renten, die im 1. Halbjahr 1995 (also bis zum 30. Juni 1995) zugegangen sind, wurden noch nach dem bisherigen Altershilferecht (Grund- und Staffelnbetrag) berechnet. Die Renten der ab 1. Januar 1995 als Ehegatten versicherten Landwirte werden allerdings ausschließlich nach der neuen Rentenberechnung ermittelt, da für sie nach dem bisherigen Recht ein eigener Rentenanspruch nicht bestanden hat.

75 Die ab 1. Juli 1995 zugehenden Renten werden nicht sofort, sondern in einem Übergangszeitraum von 14 Jahren schrittweise an die neue Rentenberechnung herangeführt.

Dies geschieht, indem bei den in diesem 14-Jahreszeitraum (1. Juli 1995 bis 30. Juni 2009) zugehenden Renten zunächst jeweils eine Rente nach neuem Recht und eine Rente nach altem Recht (Vergleichsrente) berechnet werden. Die Rente nach altem Recht ist bei Verheirateten immer höher als die Rente nach neuem Recht und bei Ledigen dann, wenn weniger als 40 Beitragsjahre zurückgelegt wurden. Die Rente nach altem Recht für unverheiratete bzw. verheiratete Rentenanwärter ergibt sich, indem die der Anlage 2 zu entnehmenden Faktoren mit dem jeweils gültigen allgemeinen Rentenwert vervielfältigt werden.

76 In einem zweiten Schritt wird der Mehrbetrag der Rente nach altem Recht mit einem vom Rentenzugangsjahr abhängigen Abschmelzungsfaktor vervielfältigt. Bei Rentenzugang vom 1. Juli 1995 bis zum 30. Juni 1996 beträgt der Abschmelzungsfaktor 14/15, bei Rentenzugang vom 1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997 13/15, bei Rentenzugang vom 1. Juli 1997 bis 30. Juni 1998 12/15 usw. Dies bedeutet, dass erst bei Rentenzugang ab 1. Juli 2009 die Rente ausschließlich nach neuem Recht berechnet wird.

77 Der sich ergebende Betrag wird als Zuschlag zu der nach neuem Recht ermittelten Rente gezahlt. Der Zuschlag zur Rente nach neuem Recht wird nur neu berechnet, wenn in den tatsächlichen Umständen Veränderungen eintreten, die nach altem Recht zu einer Änderung der Rentenhöhe führen würden (Änderung des Familienstandes, Fortfall bzw. Hinzutritt einer Rente an den Ehegatten). Die Neuberechnung des Zuschlags erfolgt mit dem Abschmelzungsfaktor, der für die erstmalige Berechnung des Zuschlags maßgebend war. Folgt auf eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung eine Al-

tersrente an Versicherte, bleibt der Abschmelzungsfaktor maßgebend, der beim Beginn der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit anzuwenden war, es sei denn, die Altersrente beginnt nicht innerhalb von 24 Kalendermonaten nach Ende des Bezugs der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Bei Renten an Hinterbliebene bleibt der Abschmelzungsfaktor maßgebend, der auf die bereits an den Verstorbenen gezahlte Rente anzuwenden war, wenn die Hinterbliebenenrente innerhalb von 24 Kalendermonaten nach Ende des Bezugs der Rente an den Verstorbenen beginnt. Der Zuschlag gilt als Rente; für ihn wird die Steigerungszahl ermittelt, indem der Zahlbetrag des Zuschlags durch den allgemeinen Rentenwert geteilt wird.

### Übergangsrecht und eigenständige Sicherung der Bäuerin

78 Wenn der Landwirt verheiratet ist und seine Ehefrau eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte noch nicht bezieht, errechnet sich die Vergleichsrente unter Einschluss des Verheiratetenzuschlags nach altem Recht. Ab dem Zeitpunkt, zu dem auch die Ehefrau eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte bezieht oder diese stirbt, wird der Zuschlag zur Rente des Mannes neu berechnet, da Vergleichsrente nicht mehr die Rente für Verheiratete, sondern die Rente für Ledige nach altem Recht ist. Dies gilt unabhängig davon, wie hoch im Einzelfall die Rente für die Ehefrau ist.

#### Beispiel:

Verheirateter Leistungsbezieher mit 35 Beitragsjahren (420 Monate)

Rentenzugang des Bauern 1.7.2006 (Abschmelzungsfaktor 3/15)

Altersgeld  
(bis 1994 geltendes Recht): 661,16 Euro

Altersrente (ab 1995 geltendes Recht):  
 $420 \times 0,0833 \times 12,06 \text{ Euro} = 421,93 \text{ Euro}$

Unterschiedsbetrag: 239,23 Euro

davon Zuschlag  
( $239,23 \text{ Euro} \times 3/15 =$ ) 47,85 Euro

Rente nach Übergangsrecht  
( $421,93 \text{ Euro} + 47,85 \text{ Euro} =$ ) **469,78 Euro**

Rente des Landwirts ab 2006, wenn der Ehegatte ab 2006 eine eigene Rente bezieht oder stirbt.

Altersgeld an Unverheiratete  
(bis 1994 geltendes Recht): 441,04 Euro

Altersrente (ab 1995 geltendes Recht):  
 $420 \times 0,0833 \times 12,06 \text{ Euro} = 421,93 \text{ Euro}$

Unterschiedsbetrag: 19,11 Euro

davon Zuschlag ( $19,11 \text{ Euro} \times 3/15 =$ ) 3,82 Euro

(Abschmelzungsfaktor bleibt!)

Rente nach Übergangsrecht  
( $421,93 \text{ Euro} + 3,82 \text{ Euro} =$ ) **425,75 Euro**

Im umgekehrten Fall, in dem der Landwirt nach Rentenzugang (wieder) heiratet, erfolgt eine entsprechende Neuberechnung des Zuschlags, wobei als Vergleichsrente nunmehr die Rente für Verheiratete nach altem Recht herangezogen wird.

### Berechnung der Renten für Hinterbliebene nach Übergangsrecht

79 Stirbt ein Versicherter, der vor In-Kraft-Treten der Agrarsozialreform mindestens für 5 Jahre als landwirtschaftlicher Unternehmer versichert war, vor dem 1. Juli 2009 oder hat er vor diesem Zeitpunkt bereits eine Rente bezogen, ist bei der Berechnung der Hinterbliebenenrente eine Vergleichsrente zu errechnen, die der Rente für Unverheiratete nach altem Recht entspricht. So weit hiernach zur Hinterbliebenenrente noch ein Zuschlag zu zahlen ist, wird dieser jedoch um den Betrag der Rente aus eigener Versicherung gemindert.

#### Beispiel:

Der Landwirt hat 35 Beitragsjahre (420 Monate) und der als Landwirt versicherte Ehegatte hat 30 Beitragsjahre (360 Monate) zurückgelegt; der Landwirt verstirbt im Jahr 2006 und hat bereits ab 1. Juli 2004 eine Rente bezogen.

Rente des Ehegatten aus eigener Versicherung  
( $360 \times 0,0833 \times 12,06 \text{ Euro} =$ ) 361,66 Euro

Hinterbliebenenrente (nach dem bis 1994 geltenden Recht): 441,04 Euro

Hinterbliebenenrente (nach dem ab 1995 geltenden Recht):

$420 \times 0,0833 \times 0,6 \times 12,06 \text{ Euro}$  (angenommen, dass Absenkung des Rentenartfaktors auf 0,55 nicht greift  $=$ ) 253,16 Euro

Unterschiedsbetrag	187,88 Euro
davon Zuschlag (187,88 Euro x 5/15 (Abschmelzungsfaktor vom 1.7.2004 bis 30.6.2005) =	62,63 Euro
(Abschmelzungsfaktor bleibt!)	
abzüglich Rente aus eigener Versicherung; (62,63 Euro - 361,66 Euro =)	0,00 Euro
Gesamtrenteneinkünfte (361,66 Euro + 253,16 Euro =)	<b>614,82 Euro</b>

### Rehabilitationsleistungen

80 In der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationsleistungen gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit eines landwirtschaftlichen Unternehmers oder des als Ehegatte versicherten Landwirts wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist. Die Erwerbsfähigkeit muss durch diese Leistung wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden können, oder es muss der Eintritt von Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden können. Der Ehegatte eines Landwirts ist – abweichend vom bisherigen Altershilferecht – nur dann leistungsberechtigt, wenn er in der Alterssicherung der Landwirte versicherungspflichtig ist.

81 Im Einzelnen werden stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, Heilstätten, Kureinrichtungen, Spezialanstalten, außerdem Behandlungen in Kur- und Badeorten finanziert. Während der Durchführung dieser Maßnahmen wird als Betriebs- und Haushaltshilfe in der Regel für bis zu 3 Monate eine Ersatzkraft gewährt, ersatzweise Kostenerstattung für eine Ersatzkraft, um die ausgefallene Arbeitskraft des Leistungsempfängers auf dem Hof zu ersetzen. Für den Einsatz von Verwandten und Verschwägerten bis zum 2. Grad werden allerdings keine Kosten erstattet.

### Zuschüsse zum Beitrag

82 In der Alterssicherung der Landwirte wird, anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung, ein einkommensunabhängiger Einheitsbeitrag erhoben. Da dieser Beitrag früher stark gestiegen ist (1977: 63 DM, 1994: 291 DM), die Einkommen in der Landwirtschaft andererseits stark differieren, werden seit 1986 Zuschüsse zum Beitrag gewährt, die der unterschiedlichen Einkommenssituation Rechnung

tragen und einkommensschwächeren Betrieben zugute kommen sollen.

83 Beitragszuschussberechtigt sind ab 2002 diejenigen Versicherten, deren Gesamteinkünfte den Betrag von 15.500 Euro (bei Ehepaaren: 31.000 Euro) jährlich nicht übersteigen. Nach der Rechtslage, die von 1995 bis 1999 gegolten hat, betragen die Einkommensgrenzen 40.000 DM (Ledige) bzw. 80.000 DM (Verheiratete) jährlich (in Euro wären dies rd. 20.450 bzw. rd. 40.903 Euro gewesen). Diese Einkommensgrenze hat dazu geführt, dass ab 1995 rd. 60 v. H. der Versicherten zuschussberechtigt geworden sind (nach bisherigem Altershilferecht: rd. 45 v. H. der Versicherten). Durch die Herabsetzung der Zuschussgrenze ab 01.01.2000 ist der Anteil der Zuschussberechtigten allerdings wieder zurückgegangen; er betrug in 2005 rd. 37 v. H. Der hohe Anteil der Zuschussberechtigten ist dadurch legitimiert, dass die Alterssicherung der Landwirte zugleich einkommenspolitische Zielsetzungen verfolgt.

84 Das jährliche Einkommen wird aus dem Jahreseinkommen des Landwirts und seines nicht dauernd von ihm getrennt lebenden Ehegatten ermittelt und beiden je zur Hälfte zugerechnet. Die Halbierung des Jahreseinkommens gilt unabhängig von der Versicherungspflicht beider Ehegatten. Ist nur ein Ehegatte versichert, erfolgt gleichwohl die Halbierung. Grundlage für die Ermittlung des Jahreseinkommens ist die Summe der erzielten positiven Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes. Dies sind Einkünfte aus

- Land- und Forstwirtschaft,
- Gewerbebetrieb,
- selbständiger Arbeit,
- nichtselbständiger Arbeit,
- Kapitalvermögen sowie
- Vermietung und Verpachtung.

Dabei sind die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit aus dem Gewinn, d. h. aus den Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben, zu ermitteln. Betriebsausgaben sind hierbei die Aufwendungen, die durch den Betrieb veranlasst sind (z. B. auch die Abschreibung auf getätigte Investitionen).

Wird der Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nicht durch Buchführung oder Einnahmen-Ausgaben-



Überschussrechnung ermittelt, wird für Landwirte das Arbeitseinkommen aus der Land und Forstwirtschaft auf der Grundlage von Beziehungswerten ermittelt, die sich aus dem Wirtschaftswert und dem 5-jährigen Durchschnitt der Gewinne der für den Agrarbericht der Bundesregierung ausgewerteten landwirtschaftlichen Testbetriebe ergeben (Korrekturfaktoren).

85 Darüber hinaus ist bei der Ermittlung des Einkommens ebenfalls das Erwerbserzeinkommen heranzuziehen, wie bei anderen einkommensabhängigen Sozialleistungen auch. Erwerbserzeinkommen sind Leistungen, die aufgrund oder in entsprechender Anwendung öffentlich-rechtlicher Vorschriften erbracht werden, um Erwerbseinkommen zu ersetzen, also insbesondere Renten aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung sowie Krankengeld und Arbeitslosengeld. Wie auch in anderen Sozialleistungsbereichen, bei denen die Leistung einkommensabhängig gewährt werden (z. B. Kindergeld, Wohngeld), wird auch für die Beitragszuschussung die Rente in vollem Umfang in Ansatz gebracht.

86 Maßgebend für die Feststellung des Einkommens sind die sich aus dem sich auf das zeitnächste Veranlagungsjahr beziehenden Einkommensteuerbescheid ergebenden Einkünfte so, wie sie der Besteuerung zugrunde gelegt worden sind. Für Erwerbserzeinkommen ist das Jahr, auf das sich der Einkommensteuerbescheid bezieht, maßgebend. Liegt ein Einkommensteuerbescheid für die letzten 4 Kalenderjahre nicht vor, wird das im vorvergangenen Kalenderjahr bezogene Erwerbs- und Erwerbserzeinkommen herangezogen.

Abgestellt wird somit immer auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum. Ist hinsichtlich der außerlandwirtschaftlichen Einkünfte auf einen Zeitraum abzustellen, in dem ein landwirtschaftliches Unternehmen noch nicht betrieben wurde, wird Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft im Rahmen der Zuschussberechnung nicht berücksichtigt.

87 Die Beitragszuschussregelung ist ab 01.01.2002 so ausgestaltet, dass sich bis zu einer Einkommenshöhe von jährlich 8.220 Euro je Zuschussberechtigten eine Mindestbelastung in Höhe von 40 v. H. (bis Ende 1999 betrug die Mindestbelastung nur 20 v. H.) des Einheitsbeitrags einstellt. Bis zur Zuschussgrenze von 15.500 Euro nimmt der Zuschuss anschließend je angefangene 520 Euro, um die das Einkommen 7.701 Euro überschreitet, um 4 v. H..

des Einheitsbeitrags ab, d. h. die Nettobelastung steigt entsprechend an, wobei die sich rechnerisch ergebenden Zuschussbeträge auf volle Euro-Beträge aufgerundet werden.

Verfahrenstechnisch erfolgt die Zuschussgewährung durch Verrechnung; d. h., der Beitragszahler entrichtet einen um den Zuschussanspruch verminderten (Netto-)Beitrag.

### Beitragszuschüsse im Jahr 2006 bei einem Einheitsbeitrag von – wie 2005 – 199 EUR (West)

Einkommensklasse	monatlicher Zuschussbetrag
bis 8.220 EUR	119 EUR
8.221 bis 8.740 EUR	111 EUR
8.741 bis 9.260 EUR	103 EUR
9.261 bis 9.780 EUR	96 EUR
9.781 bis 10.300 EUR	88 EUR
10.301 bis 10.820 EUR	80 EUR
10.821 bis 11.340 EUR	72 EUR
11.341 bis 11.860 EUR	64 EUR
11.861 bis 12.380 EUR	56 EUR
12.381 bis 12.900 EUR	48 EUR
12.901 bis 13.420 EUR	40 EUR
13.421 bis 13.940 EUR	32 EUR
13.941 bis 14.460 EUR	24 EUR
14.461 bis 14.980 EUR	16 EUR
14.981 bis 15.500 EUR	8 EUR

## Organisation

88 Bei Einführung der Altershilfe für Landwirte im Jahr 1957 wurde sie von 19 landwirtschaftlichen Alterskassen durchgeführt, die bei den damals schon bestehenden landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften errichtet wurden. Mit Überleitung der landwirtschaftlichen Alterssicherung auf die neuen Bundesländer im Jahr 1995 wurden für die neuen Bundesländer landwirtschaftliche Alterskassen bei den dort bestehenden landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften Berlin und Sachsen errichtet. Nach einer im Zuge des Gesetzes zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung von Bundestag und Bundesrat ausgesprochenen Empfehlung sollte die Zahl der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bis 2003 auf 9 reduziert werden, wobei in den letzten Jahren bereits eine Reduzierung durch Zusammenlegung von Berufsgenossenschaften stattgefunden hat. Die Alterskassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen staatlicher Aufsicht. Sie sind im Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen in Kassel zusammengeschlossen, der als Körperschaft des öffentlichen Rechts ebenfalls staatlicher Aufsicht unterliegt.

Nach dem Stand Ende 2005 gibt es folgende landwirtschaftliche Alterskassen:

- Landwirtschaftliche Alterskasse Schleswig-Holstein und Hamburg,
- Landwirtschaftliche Alterskasse Niedersachsen-Bremen,
- Landwirtschaftliche Alterskasse Nordrhein-Westfalen,
- Landwirtschaftliche Alterskasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
- Landwirtschaftliche Alterskasse Franken und Oberbayern
- Landwirtschaftliche Alterskasse Niederbayern-Oberpfalz, und Schwaben
- Landwirtschaftliche Alterskasse Baden-Württemberg,
- Alterskasse für den Gartenbau,
- Landwirtschaftliche Alterskasse Mittel- und Ostdeutschland

### Finanzierung

89 Die Leistungen der Alterssicherung der Landwirte werden durch Beiträge und Bundesmittel finanziert. Wegen der agrarstrukturellen und einkommenspolitischen Ziele der Alterssicherung der Landwirte und des ungünstigen Verhältnisses zwischen der Zahl der Beitragszahler und der Zahl der Leistungsempfänger bilden die Bundesmittel den größten Anteil bei der Finanzierung der Alterssicherung der Landwirte.

#### Bundesmittel in der Alterssicherung der Landwirte (in Mio. DM, ab 2002 in Mio. EUR)

Jahr	Bundesmittel	Beitragseinnahmen	Gesamtausgaben
1960	69	114	183
1970	639	266	905
1980	1.985	564	2.549
1985	2.060	1.001	3.061
1989	2.636	1.307	3.943
1990	2.757	1.346	4.103
1991	3.083	1.352	4.435
1992	3.411	1.397	4.808
1993	3.744	1.419	5.163
1994	3.865	1.520	5.385
1995*	3.965	1.776	5.741
1996	4.186	1.789	5.975
1997	4.300	1.800	6.100
1998	4.330	1.770	6.100
1999	4.400	1.646	6.046
2000	4.237	1.587	5.824
2001	4.515	1.487	6.002
2002	2.303	759	3.062
2003	2.338	880	3.219
2004	2.332	742	3.101
2005**	2.348	707	3.082

\* neue Rechtslage nach Agrarsozialreform

\*\* geschätzt

### Festsetzung des Beitrags

90 Auch das Agrarsozialreformgesetz hat am Prinzip des Einheitsbeitrags festgehalten. Verändert hat sich allerdings die Art und Weise der Beitragsfestsetzung. Der Beitrag wird künftig entsprechend dem Beitrags-/ Leistungsverhältnis in der gesetzlichen Rentenversicherung festgesetzt. Dabei wird den unterschiedlichen Leitungsstrukturen zwischen Alterssicherung der Landwirte einerseits und gesetzlicher Rentenversicherung andererseits durch einen Abschlag Rechnung getragen, der ab dem Jahr 2003 10% beträgt. Auf dieser Grundlage wurde der Beitrag für das Jahr 1995 gesetzlich auf 291 DM festgesetzt. Der Beitrag für einen mitarbeitenden Familienangehörigen ist halb so hoch; er wird vom landwirtschaftlichen Unternehmer getragen. Ab 1996 wird der Beitrag jährlich durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt; 2006 beträgt er 199 Euro und ist damit ebenso hoch wie 2005.

91 Im Jahr 1995 ist es wie 1994 bei einem Beitrag von 291 DM/monatlich geblieben, und im Jahr 2006 beträgt der Beitrag 199 Euro/monatlich (entspricht 389,21 DM/monatlich). Der Beitragsanstieg ist somit bereits nachhaltig gedämpft worden und er wird es auch weiterhin. Dies wird deutlich, wenn man die voraussichtliche Entwicklung des Beitrags betrachtet, die sich ohne Reform eingestellt hätte:

Jahr	voraussichtlicher Beitrag ohne Reform
1995	358 DM
1996	381 DM
1997	414 DM
1998	449 DM
1999	494 DM
2000	535 DM
2005	704 DM (rund 360 EUR)
2010	874 DM (rund 447 EUR)

### Bundeszuschuss

92 Begleitend zu der nicht mehr aus dem System heraus erfolgenden, sondern systemextern, nämlich entsprechend dem Beitrags-/Leistungsverhältnis in der gesetzlichen Rentenversicherung, erfolgenden Festsetzung des Beitrags wurde die Defizitdeckung des Bundes eingeführt; d. h. der Bund trägt die Differenz zwischen den Gesamtausgaben und den Beitragseinnahmen sowie sonstigen Einnahmen. Der Bund übernimmt damit das agrarstrukturelle Risiko und garantiert hiermit die finanzielle Stabilität der Alterssicherung der Landwirte. Mit diesen Finanzierungsregelungen erhalten Landwirte somit die Garantie, dass ihre Beitragsbelastung in gleicher

Weise steigt wie die der Arbeitnehmer, auch wenn die Zahl der Beitragszahler stärker zurückgehen sollte, als dies nach den Erfahrungen der Vergangenheit zu erwarten ist.

## Beratungsstellen und Auskunft

93 Die landwirtschaftlichen Alterskassen sind verpflichtet, die Versicherten umfassend über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären, zu beraten und Auskünfte zu erteilen. Umfassende Beratung kann jedoch auch in den Kreis- und Bezirksgeschäftsstellen der Bauernverbände in Anspruch genommen werden. Die Verwaltungsstellen der landwirtschaftlichen Krankenkassen haben die Alterskassen ebenfalls zu unterstützen.

## Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer

94 Die – reformierte – Alterssicherung der Landwirte wurde zum 1. Januar 1995 auf die neuen Bundesländer übergeleitet. Da in den neuen Bundesländern bis zu diesem Zeitpunkt ein vergleichbares eigenständiges landwirtschaftliches Alterssicherungssystem nicht bestanden hat, waren – insoweit abweichend von der Überleitung des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung – besondere Übergangsbestimmungen innerhalb des Systems der landwirtschaftlichen Alterssicherung entbehrlich. Daher kann für die Darstellung der Alterssicherung der Landwirte in den neuen Bundesländern uneingeschränkt auf die in Kapitel 17 enthaltenen Ausführungen verwiesen werden.

95 Die Schaffung besonderer Regelungen für die Landwirte in den neuen Bundesländern war jedoch dort erforderlich, wo den differenzierten Sicherungsbedürfnissen Rechnung zu tragen war, die sich aus der in der Vergangenheit unterschiedlichen Entwicklung der Betriebsstrukturen und Sozialversicherungssysteme ergeben haben. Besonderer Regelungen bedurfte es hier vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass landwirtschaftliche Unternehmer sowohl vor der Überleitung des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung auf die neuen Bundesländer zum 1. Januar 1992 als auch danach in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert gewesen sind.

96 Darüber hinaus sind besondere Regelungen in den Bereichen notwendig, in denen die unterschiedlichen

Einkommensverhältnisse in den alten und neuen Bundesländern zu berücksichtigen sind (Rentenhöhe – Ost – und dementsprechend Höhe des Beitrags – Ost – sowie der Beitragszuschüsse – Ost –).

## Versicherungspflicht des als Ehegatten versicherten Landwirts

97 Für den Ehegatten eines am 31. Dezember 1994 in den neuen Bundesländern selbständig tätig gewesenen Landwirts gelten die Vorschriften für die Versicherungspflicht und der Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag wie für die Bäuerinnen in den alten Bundesländern.

## Befreiung von der Versicherungspflicht

98 Landwirte in den neuen Bundesländern können sich – wie die Landwirte in den alten Bundesländern – auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Alterssicherung der Landwirte befreien lassen, wenn sie außerlandwirtschaftliches Einkommen von mehr als 4.800 Euro (ab 1. April 2003) beziehen. Dieser Wert gilt gleichermaßen für die alten und neuen Bundesländer. Bis 31. März 2003 bestand dieses Befreiungsrecht bei außerlandwirtschaftlichen Einkommen von mehr als einem Siebtel der Bezugsgröße und war daher für die neuen Bundesländer an einen gesonderten, niedrigeren „Ostwert“ gebunden.

## Wartezeit

99 Auf die Wartezeit für eine Altersrente in der Alterssicherung der Landwirte werden Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung, die in den neuen Bundesländern zurückgelegt worden sind, unabhängig davon angerechnet, ob diese Zeiten in der Sozialpflichtversicherung der ehemaligen DDR oder in der gesetzlichen Rentenversicherung nach den Vorschriften des SGB VI zurückgelegt wurden.

## Beitragsfreie Anrechnung von Beitragsjahren für den Ehegatten des Landwirts

100 Für Ehegatten von Landwirten in den neuen Bundesländern erfolgt eine Anrechnung der auf die Ehezeit entfallenden Beitragsjahre des Landwirts, die dieser in der Zeit vom 1. Oktober 1957 bis 31. Dezember 1994 nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung in den neuen Bundesländern zurückgelegt hat, wenn

– diese Zeiten nicht vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Ehegatten liegen und

- der Ehegatte in dieser Zeit nicht bereits selbst Beitragszeiten nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung in den neuen Bundesländern zurückgelegt hat.

### Berechnung der Hinterbliebenenrenten

*101* Auf die Witwen- bzw. Witwerrente finden – wie für die Leistungsberechtigten in den alten Bundesländern – die allgemeinen Vorschriften des SGB VI zur Anrechnung von Einkommen auf Renten Anwendung, d. h. eine Anrechnung von Einkommen auf die Witwen- bzw. Witwerrente findet grundsätzlich nur statt, wenn die Rente aus eigener Versicherung den Anrechnungsfreibetrag übersteigt. Für Berechtigte mit gewöhnlichem Aufenthalt in den neuen Bundesländern beträgt der Anrechnungsfreibetrag ab 1. Juli 2005 weiterhin 909,61 Euro monatlich, zuzüglich 128,63 Euro monatlich für jedes waisenrentenberechtigte Kind. Soweit noch nicht die neuen Einkommensanrechnungsvorschriften zum Zuge kommen (Rdnr. 71, 72), d. h. soweit nur Erwerbs- und Erwerbssatzeinkommen anzurechnen ist, ist der Freibetrag um ein Drittel geringer; er beträgt dann 606,41 Euro. Ist das eigene Einkommen höher als der Anrechnungsfreibetrag, werden 40 v. H. des den Freibetrag übersteigenden Einkommens auf die Witwen- bzw. Witwerrente angerechnet. Für Waisenrentenberechtigten mit gewöhnlichem Aufenthalt in den neuen Bundesländern beträgt der Anrechnungsfreibetrag ab 1. Juli 2005 weiterhin 606,41 Euro/monatlich bzw. - soweit noch nicht das neue Einkommensanrechnungsrecht gilt - 404,27 Euro/monatlich.

### Festsetzung des allgemeinen Rentenwerts

*102* Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung sind auch die Renten aus der Alterssicherung der Landwirte auf einem Niveau festzulegen, das den unterschiedlichen Einkommensverhältnissen und damit auch den unterschiedlichen Rentenhöhen in den alten und neuen Bundesländern Rechnung trägt. In den neuen Bundesländern tritt daher an die Stelle des allgemeinen Rentenwerts der allgemeine Rentenwert (Ost). Der allgemeine Rentenwert (Ost) verändert sich zu dem Zeitpunkt der Veränderung des

aktuellen Rentenwerts (Ost) in der gesetzlichen Rentenversicherung und um den Vomhundertsatz, um den der aktuelle Rentenwert (Ost) in der gesetzlichen Rentenversicherung jeweils verändert wird. Er beträgt ab 1. Juli 2005 weiterhin 10,60 Euro, da zum 1. Juli 2005 – wie schon zum 1. Juli 2004 – im Ergebnis keine Rentenerhöhung erfolgt ist.

### Höhe des Beitrags

*103* Entsprechend dem noch niedrigen Lohn und Einkommensniveau in den neuen Bundesländern ist der Beitrag für Landwirte mit Unternehmenssitz in den neuen Bundesländern geringer als der Beitrag, den Landwirte in den alten Bundesländern zur Alterssicherung der Landwirte zu zahlen haben. Das unterschiedliche Lohn- und Einkommensniveau findet seinen Ausdruck in den Umrechnungswerten der Anlage 10 des SGB VI. Dieser Umrechnungswert bildet für jedes Kalenderjahr das jeweilige Verhältnis der Durchschnittsentgelte in den alten und neuen Bundesländern ab. Der Beitrag (Ost) errechnet sich, indem der Beitrag (West) durch den vorläufigen Umrechnungsfaktor nach Anlage 10 des SGB VI geteilt wird. Er beträgt für das Jahr 2006 168 Euro und ist damit ebenso hoch geblieben wie der Beitrag im Vorjahr.

### Höhe der Beitragszuschüsse

*104* Aus dem Beitrag (Ost) leiten sich für die Landwirte mit Unternehmenssitz in den neuen Bundesländern für das Jahr 2005 die folgenden Zuschüsse zum Beitrag ab:

Einkommensklasse	monatlicher Zuschussbetrag
bis 8.220 EUR	101 EUR
8.221 bis 8740 EUR	94 EUR
8.741 bis 9.260 EUR	87 EUR
9.261 bis 9.780 EUR	81 EUR
9.781 bis 10.300 EUR	74 EUR
10.301 bis 10.820 EUR	67 EUR
10.821 bis 11.340 EUR	60 EUR
11.341 bis 11.860 EUR	54 EUR
11.861 bis 12.380 EUR	47 EUR
12.381 bis 12.900 EUR	40 EUR
12.901 bis 13.420 EUR	34 EUR
13.421 bis 13.940 EUR	27 EUR
13.941 bis 14.460 EUR	20 EUR
14.461 bis 14.980 EUR	13 EUR
14.981 bis 15.500 EUR	7 EUR

# 18

## Familienleistungs- ausgleich

### Familie und Kinder als Aufgabe des Sozialrechts

1 Die Familie ist die Grundlage unserer gesellschaftlichen Ordnung. Kinder sind die künftigen Träger der Gesellschaft. Die Familie regelt das Verhalten des Menschen, in ihr werden Rücksichtnahme und Toleranz, Liebe und Vertrauen, Geborgenheit und Mitverantwortung erlernt. Nach dem Grundgesetz stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz des Staates.

#### Soziale Hilfen

2 Daher berücksichtigt das Sozialrecht in vielen Fällen Familienstand und Kinder. So sind die Leistungen an Arbeitslose mit Kindern höher als an Alleinstehende. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind Familienangehörige eines Pflichtversicherten ohne eigene Beiträge familienversichert.

3 Reichen die Möglichkeiten der Familie zur Betreuung und Erziehung der Kinder und Jugendlichen nicht aus, oder fehlt es an einer Familie, so greifen die Leistungen der Jugendhilfe ein.

4 Die Maßnahmen zur Sicherung der Familie und für Kinder sollen auch die Nachteile ausgleichen, die eine Entscheidung für ein Leben mit Familie und für Kinder, für eine Tätigkeit im Haus und in der Familie gegenüber einer Entscheidung für eine Tätigkeit außerhalb des Hauses, für ein Leben ohne Familie und ohne Kinder haben kann. Daher gibt es Angebote der Familienberatung, Familienbildung und Maßnahmen zum Schutz des ungeborenen Lebens. Familiengerechte Wohnungen und eine kinderfreundliche Wohnumwelt werden angestrebt. Ein gerechter Familienlastenausgleich bemüht sich, die materiellen Belastungen durch eine Familie und Kinder auszugleichen.

### Familienleistungsausgleich

5 Unter Weiterentwicklung der im Ersten Gesetz zur Familienförderung 1999 geschaffenen Grundlagen hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 01.01.2002 im Zweiten Gesetz zur Familienförderung vom 16.08.2001 den finanziellen Familienleistungsausgleich durch steuerliche Freibeträge und Kindergeld entsprechend der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes in dessen Urteil vom 10.11.1998 geregelt.

6 Nicht nur die Freibeträge für Kinder, sondern auch das Kindergeld sind im Steuerrecht geregelt, und zwar die Freibeträge für Kinder in § 32 Abs. 6 des Einkommensteuergesetzes und das Kindergeld im X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes. Der Kinderfreibetrag beträgt ab 01.01.2002 jährlich 3.648 Euro für Ehepaare, 1.824 Euro für Alleinstehende. Zusätzlich gibt es einen Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf eines Kindes in Höhe von 2.160 Euro für Verheiratete und 1.080 Euro für Alleinstehende. Das Kindergeld wird monatlich als Steuervergütung gezahlt. Nach Ende des Kalenderjahres zieht das Finanzamt im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung die Freibeträge für Kinder vom zu versteuernden Einkommen ab, falls dies günstiger als die Kindergeldzahlung ist, und verrechnet gezahltes Kindergeld.

Die steuerliche Lösung des Familienleistungsausgleichs hat den Vorteil, dass durch sie sowohl das Gebot der Steuergerechtigkeit als auch sozial- und familienpolitische Gesichtspunkte am wirkungsvollsten berücksichtigt werden. Die Freibeträge für Kinder (zusammen 5.808 Euro bei Ehepaaren) verhindern, dass Eltern – unabhängig von der Höhe des erzielten Einkommens – zusätzlich zum Kindesunterhalt auf dafür zwangsläufig zu verwendende Einkommensanteile noch Steuern entrichten müssen. Dies führt zu einer gerechten steuerlichen Belastung von Eltern, gerade auch im Verhältnis zu Kinderlosen.

Daneben berücksichtigt das Steuerrecht besondere Belastung durch Kinder in zusätzlichen Einzelregelungen. Einen Entlastungsbetrag von 1.308 Euro im Kalenderjahr können Alleinerziehende abziehen, wenn sie mit einem Kind, für das ihnen Kindergeld oder ein Kinderfreibetrag zusteht, eine Haushaltsgemeinschaft bilden. Weitere Voraussetzung dafür ist, dass bei dem Alleinerziehenden nicht die Voraussetzungen für eine Ehegattenveranlagung vorliegen und keine Haushaltsgemeinschaft mit einer anderen Person vorliegt, es sei denn mit einem bei ihm zu berücksichtigenden erwachsenen Kind. Für volljährige Kinder, die während der Ausbildung nicht mehr im Hause wohnen, besteht ein Ausbildungsfreibetrag. Wer - berufsbedingt - Aufwendungen für die Betreuung seiner noch nicht 14 Jahre alten Kinder hat, kann diese vom Jahre 2006 an zu zwei Dritteln bis zu einem Höchstbetrag von 4.000 Euro als Werbungskosten, Betriebsausgaben oder Sonderausgaben absetzen.

Seit 01.01.1986 hat das Bundeserziehungsgeldgesetz für die ersten Lebensjahre eines Kindes die Wahlfreiheit zwischen Familie und Beruf erweitert.

7 Im Dezember 2005 wurde an rd. 10,8 Mio. Berechtigte für 18,7 Mio. Kinder Kindergeld gewährt. Im Jahr 2005 wurden rd. 34,7 Mrd. Euro Kindergeld gezahlt.

## Kindergeld

8 Neben dem Kindergeld nach dem X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes oder dem Bundeskindergeldgesetz n. F. haben die seit dem 01.01.1984 auslaufenden Kinderzulagen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Kinderzuschüsse aus den gesetzlichen Rentenversicherungen sowie die Auslandskinderzuschläge im öffentlichen Dienst und die von zwischen- oder überstaatlichen Einrichtungen gezahlten Leistungen für Kinder ihrer Arbeitnehmer zahlenmäßig nur geringe Bedeutung.

Auch das Kindergeld nach dem neuen Bundeskindergeldgesetz für in Deutschland nicht unbeschränkt Steuerpflichtige oder Vollwaisen und alleinstehende Kinder tritt zahlenmäßig gegenüber dem Kindergeld nach dem X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes völlig zurück, nur in 0,4 v. H. der Fälle wurde im Jahr 2005 rd. 106 Mio. Euro Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz gezahlt.

## Berechtigte

9 Kindergeld wird grundsätzlich nicht an ein Kind, sondern für ein Kind an den so genannten Kindergeldberechtigten gezahlt. Eine Ausnahme gilt nur für Kinder, die Vollwaisen sind oder den Aufenthalt ihrer Eltern nicht kennen und für die kein anderer Kindergeld erhält.

## Unbeschränkte Steuerpflicht

10 Der Kindergeldberechtigte muss in Deutschland unbeschränkt steuerpflichtig sein oder als unbeschränkt steuerpflichtig behandelt werden. Nach dem auch für den Kindergeldanspruch geltenden Steuerrecht ist unbeschränkt steuerpflichtig, wer im Inland einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Auch wer im Ausland wohnt, aber in Deutschland entweder unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist oder entsprechend behandelt wird, erhält Kindergeld.

In drei Fällen können auch Berechtigte, die im Ausland wohnen und in Deutschland nicht unbeschränkt steuerpflichtig sind, Kindergeld erhalten – und zwar als Sozialleistung nach dem Bundeskindergeldgesetz, wenn sie nämlich:

- als Arbeitnehmer eine Beschäftigung ausüben, die der Beitragspflicht zur Bundesagentur für Arbeit unterliegt,
- Entwicklungshelfer sind, die Unterhaltsleistungen nach dem Entwicklungshilfegesetz erhalten oder als Missionare bestimmter christlicher Missionsgesellschaften tätig sind, oder
- Rente nach deutschen Rechtsvorschriften beziehen, Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind und in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union leben.

## Staatsangehörigkeit

11 Ausländer erhalten nur dann Kindergeld, wenn sie im Besitz einer gültigen Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke der Erwerbstätigkeit, des Familiennachzugs oder aus humanitären Gründen sind oder wenn für sie ein zwischenstaatliches Abkommen gilt (z. B. Arbeitnehmer mit türkischer Staatsangehörigkeit oder die des ehemaligen Jugoslawiens). Ausländer im Sinne des Kindergeldrechtes ist, wer nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

Sofern die Ausländer zwar keine Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis haben, aber im



Inland unbeschränkt steuerpflichtig sind oder als steuerpflichtig gelten, können sie zwar kein Kindergeld erhalten, ihnen steht jedoch die Freibeträge für Kinder zu. Auf Antrag können sie die Freibeträge für Kinder in ihrer Lohnsteuerkarte eintragen lassen, so dass die Familienausgleichsentlastung bei jeder Lohnzahlung und nicht erst im Rahmen der jährlichen Steuerveranlagung wirksam wird.

12 Ausländer, die von ihrem Arbeitgeber zur vorübergehenden Dienstleistung nach Deutschland entsandt worden sind, sowie Saisonarbeiter und Werkvertragsarbeiter haben auch bei Besitz einer Aufenthaltserlaubnis oder Niederlassungserlaubnis keinen Anspruch auf Kindergeld.

### **Berücksichtigte Kinder / Begriff des Kindes**

13 Kinder, die einen Kindergeldanspruch auslösen können, sind die mit dem Kindergeldberechtigten im ersten Grad verwandten Kinder, also die ehelichen, für ehelich erklärten, nichtehelichen und adoptierten Kinder.

14 Für die Gewährung von Kindergeld werden auch berücksichtigt

- Kinder eines Ehegatten (Stiefkinder),
- Enkel sowie
- Pflegekinder.

Der Kindergeldberechtigte muss die Kinder in seinen Haushalt aufgenommen haben. Pflegekinder dürfen nicht zu Erwerbszwecken in den Haushalt aufgenommen sein. Ein Obhuts- oder Pflegeverhältnis der Pflegekinder zu den leiblichen Eltern darf nicht mehr bestehen.

### **Örtliche Voraussetzungen**

15 Grundsätzlich erhält der Kindergeldberechtigte nur für ein Kind, das seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet hat, Kindergeld. Bei den wegen unbeschränkter Einkommensteuerpflicht im Inland Kindergeldberechtigten und bei den Kindergeldberechtigten, für die eine der Ausnahmen vom Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland gilt (Rdnr. 10), werden Kinder auch dann berücksichtigt, wenn sie im ausländischen Haushalt dieser Berechtigten leben.

16 Von weitaus größerer Bedeutung als diese Ausnahmen sind die aufgrund von Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaft (Europäische

Union) oder aufgrund internationaler Verträge zu berücksichtigenden Kinder im Ausland. Nach der EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sind Arbeitnehmer oder Selbständige, die Deutsche oder Staatsangehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union sind, auch für Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Bundesgebietes, aber in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union kindergeldberechtigt. Nach der EG-VO Nr. 859/2003 gilt dies auch für Arbeitnehmer aus Drittstaaten, wenn sie im Besitz einer Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis sind. Im Sinne der EG-Bestimmungen ist Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland, wer für den Fall der Arbeitslosigkeit pflichtversichert ist oder im Anschluss an diese Versicherung Krankengeld oder entsprechende Leistungen erhält. Selbständiger ist, wer eine Tätigkeit als Selbständiger ausübt und entweder in einer Versicherung der selbständig Erwerbstätigen für den Fall des Alters versicherungs- oder beitragspflichtig ist oder in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist.

Unter den gleichen Voraussetzungen werden auch Kinder in einem Staat, der dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum beigetreten ist, berücksichtigt.

Dasselbe gilt ab 01.06.2002 auf Grund des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweiz andererseits auch für Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz. Diese Regelung löst die bis dahin für deutsche und schweizerische Staatsangehörige bestehende Berechtigung nach dem Abkommen zwischen Deutschland und der Schweiz ab.

17 Aufgrund internationaler Abkommen der Bundesrepublik Deutschland mit dem ehemaligen Jugoslawien erhalten Arbeitnehmer, gleichgültig welche Staatsangehörigkeit sie haben, für Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im ehemaligen Jugoslawien Kindergeld. Kinder in der Türkei werden nach dem deutsch-türkischen Abkommen bei deutschen und türkischen Arbeitnehmern und bei den Staatsangehörigen solcher Staaten berücksichtigt, für die in der Bundesrepublik Deutschland EG-Recht oder ein anderes Abkommen anzuwenden ist.

18 Nach den Abkommen mit Marokko und Tunesien erhalten Arbeitnehmer mit deutscher und marokkanischer bzw. tunesischer Staatsangehörigkeit für

Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Marokko oder Tunesien Kindergeld. Abweichend vom deutschen Kindergeldrecht wird jedoch Kindergeld nur bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres und nicht für Pflege- und Enkelkinder gezahlt. In Marokko werden höchstens 6 Kinder eines Arbeitnehmers und in Tunesien höchstens 4 Kinder eines Arbeitnehmers berücksichtigt.

### Rangfolge der Kindergeldberechtigung

19 Für jedes Kind wird nur einer Person Kindergeld gewährt. Die Reihenfolge mehrerer möglicher Berechtigter ist genau geregelt.

20 Grundsätzlich gilt das so genannte Obhutsprinzip. Bei mehreren Berechtigten wird das Kindergeld dem gezahlt, der das Kind in seinen Haushalt aufgenommen hat. Befindet sich das Kind nicht im Haushalt eines Elternteils, ist auf Antrag kindergeldberechtigter Elternteil, der dem Kind laufend den höheren Unterhalt in Geld zahlt, nicht in Geld gewährter Unterhalt (z. B. Betreuungsleistungen) wird nicht berücksichtigt.

21 Für die häufigsten Fälle, dass sich nämlich das Kind in einem gemeinsamen Haushalt von Eltern, die nicht getrennt leben, befindet oder dem gemeinsamen Haushalt eines Elternteils und dessen Ehegatten, von Pflegeeltern oder Großeltern angehört, können diese untereinander durch eine Berechtigtenbestimmung festlegen, wer das Kindergeld erhält. Die Berechtigtenbestimmung bleibt wirksam, bis sie widerrufen wird. Eine Änderung ist jederzeit möglich. Die Änderung wirkt allerdings nur für die Zukunft. Wenn das Kind den gemeinsamen Haushalt auf Dauer verlässt, wird die Berechtigtenbestimmung unwirksam.

Treffen die im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern, Pflege- oder Großeltern keine Bestimmung, so bestimmt auf Antrag das Vormundschaftsgericht den Berechtigten. Den Antrag kann jede Person stellen, die ein berechtigtes Interesse an der Zahlung des Kindergeldes hat.

22 Lebt ein Kind im gemeinsamen Haushalt von Eltern und Großeltern, so wird das Kindergeld vorrangig einem Elternteil gezahlt. Der Elternteil kann jedoch auf seinen Vorrang schriftlich verzichten. Das Kindergeld erhält dann ein Großelternanteil.

### Altersgrenzen für das Kindergeld

23 Kindergeld wird für ein Kind nur bis zum Erreichen eines bestimmten Alters gewährt. Eine Aus-

nahme gilt nur für Kinder, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Für diese Kinder wird ohne Altersgrenze Kindergeld gewährt. Die Behinderung und die Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten, müssen aber schon vor Vollendung des 27. Lebensjahres vorgelegen haben.

### 18. Lebensjahr

24 Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden Kinder ohne besondere Voraussetzungen berücksichtigt.

### 21. Lebensjahr

25 Nach dem 18. Lebensjahr, aber nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres können Kinder berücksichtigt werden, die bei einer Agentur für Arbeit in Deutschland als Arbeitsuchende gemeldet sind. Über das 21. Lebensjahr hinaus werden Zeiten berücksichtigt, in denen das arbeitslose Kind vor Vollendung des 21. Lebensjahres den gesetzlichen Grundwehrdienst oder Zivildienst geleistet oder einen davon befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt hat.

### 27. Lebensjahr

26 Vom 18. bis zum vollendeten 27. Lebensjahr werden Kinder berücksichtigt, wenn sie

- in Schul- oder Berufsausbildung stehen,
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres, des Gesetzes über das freiwillige ökologische Jahr, einen „Europäischen freiwilligen Dienst für junge Menschen“ nach Europäischen Rechtsvorschriften oder einen nach § 14 b Zivildienstgesetz anerkannten Auslandsdienst leisten oder
- eine beabsichtigte Berufsausbildung wegen fehlender Ausbildungsplätze nicht beginnen oder fortsetzen können.

### Schul- und Berufsausbildung

27 Die weitaus größte Bedeutung hat das Kindergeld wegen Schul- oder Berufsausbildung.

Zur Schulausbildung gehört jede Ausbildung an allgemein- oder berufsbildenden öffentlichen oder privaten Schulen, in denen Unterricht nach staatlich genehmigten Lehrplänen oder in Anlehnung daran erteilt wird.

28 In Berufsausbildung befindet sich, wer sein Berufziel noch nicht erreicht hat und sich ernsthaft darauf vorbereitet. Bei Berufsausbildungen nach dem Berufsausbildungsgesetz ist immer eine Ausbildung im kindergeldrechtlichen Sinne anzunehmen, also auch bei zweiten Ausbildungen. Auch ein Studium als ordentlicher Studierender ist Berufsausbildung in diesem Sinne. Praktika sind zu berücksichtigen, wenn sie rechtlich vorgeschrieben sind oder von den für das Kind erreichbaren Ausbildungsstätten verlangt werden. Bei anderen Praktika und sonstigen Maßnahmen zur Vorbereitung auf ein Berufziel hängt ihre Berücksichtigung als Berufsausbildung davon ab, dass der Ausbildungscharakter im Vordergrund steht und es sich nicht nur um ein gering entlohntes Arbeitsverhältnis handelt.

### Übergangszeiten

29 Kindergeld wird auch für die Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten gewährt, wenn der nächste Ausbildungsabschnitt spätestens im vierten auf die Beendigung des vorherigen Ausbildungsabschnitts folgenden Monat beginnt; bleibt die Bewerbung um einen Ausbildungsplatz in diesem Ausbildungsabschnitt erfolglos, endet diese Berücksichtigung mit dem Ablauf des Monats, in dem der Ausbildungswillige die Ablehnung erhält. Dasselbe gilt für Übergangszeiten zwischen einem Ausbildungsabschnitt und dem Wehr- oder Zivildienst (Rdnr. 32) oder einem freiwilligen Dienst (Rdnr. 30).

### Freiwillige Dienste

30 Auch für Kinder, die sich in einem freiwilligen sozialen oder freiwilligen ökologischen Jahr befinden, das dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder dem Gesetz über das freiwillige ökologische Jahr entspricht, einen Freiwilligendienst nach dem gemeinschaftlichen Aktionsprogramm der Europäischen Union „Europäischer Freiwilligendienst für junge Menschen“ oder einen Auslandsdienst nach § 14 b Zivildienstgesetz leisten, wird bis zur Altersgrenze von 27 Jahren Kindergeld gezahlt. Die mehrmalige Ableistung eines derartigen Jahres wird kindergeldrechtlich nicht berücksichtigt.

### Fehlender Ausbildungsplatz

31 Während der Suche nach einem Ausbildungsplatz wird ein Kind berücksichtigt, wenn es eine Berufsausbildung nicht beginnen oder fortsetzen kann, weil ein Ausbildungsplatz fehlt. Es müssen ernsthafte Bemühungen des Kindes um einen Ausbildungsplatz,

z. B. an einer Hochschule oder Fachschule bestehen. Das Kind kann sich auch um einen Ausbildungsplatz im Ausland bemühen. Zum Nachweis der Suche nach einer beruflichen Ausbildungsstelle reicht es aus, wenn das Kind bei der Berufsberatung der Agentur für Arbeit als Bewerber um eine berufliche Ausbildungsstelle gemeldet ist. In diesem Fall beginnt die Berücksichtigung mit der Anmeldung bei der Agentur für Arbeit. Andere Bemühungen bspw. um einen Studienplatz müssen durch eine Bewerbung – z. B. bei der zentralen Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) – nachgewiesen werden.

### Wehr- und Zivildienst

32 Die Altersgrenze von 27 Jahren für Kinder in Schul- oder Berufsausbildung und die von 21 Jahren für Arbeitslose verlängern sich um die Dauer der Zeit, in der das Kind gesetzlichen Grundwehrdienst oder Zivildienst geleistet hat, oder bei Kindern, die sich freiwillig für eine Dauer von nicht mehr als drei Jahren zum Wehrdienst verpflichtet oder eine vom Wehr- und Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt haben, für einen der Dauer des Dienstes entsprechenden Zeitraum, höchstens jedoch für die Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes, bei anerkannter Kriegsdienstverweigerung für die Dauer des gesetzlichen Zivildienstes.

Diese Verlängerung ist ein Ausgleich dafür, dass den Eltern während der Zeit der Ableistung der genannten Dienste kein Kindergeld zustand.

### Wegfall bei Einkünften und Bezügen

33 Das Kindergeld für Kinder über 18 Jahre entfällt, wenn das Kind Einkünfte und Bezüge von mehr als 7.680 Euro im Kalenderjahr hat. Es gelten im Wesentlichen die Begriffsbestimmungen des Einkommensteuergesetzes.

Einkünfte sind alle Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen sowie Vermietung und Verpachtung, von denen die Werbungskosten und Sozialversicherungsbeiträge abgezogen sind. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieben und selbständiger Arbeit sind die nach Abzug der Betriebsausgaben verbleibenden Gewinne. Danach sind z. B. Einkünfte die Ausbildungsvergütungen und alle Einnahmen aus Erwerbstätigkeit. Auch während einer Übergangszeit (Rdnr. 29) oder in Ferien durch Erwerbstätigkeiten erzielte Einkünfte werden unter Abzug des Arbeitnehmerpauschbetrages oder etwaiger höherer Werbungskosten berücksichtigt. Das

gleiche gilt für Einkünfte aus Kapitalvermögen nach Abzug der Werbungskosten oder für Sachbezüge und Taschengeld, die der Träger eines freiwilligen sozialen, ökologischen Jahres oder Europäischen Dienstes gewährt. Hinterbliebenen- und Erwerbsunfähigkeitsrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden mit dem steuerlichen Ertragsanteil abzüglich des Werbungskostenpauschbetrages als Einkünfte und mit den darüber hinaus gehenden Beträgen als Bezüge berücksichtigt. Bei geschiedenen oder dauernd getrennt lebenden Kindern werden Unterhaltsleistungen des Ehegatten angerechnet.

Bezüge sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert, die von der einkommenssteuerlichen Einkunftsermittlung nicht erfasst werden. Hierzu zählen insbesondere Leistungen wegen Arbeitslosigkeit, Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, Geld- und Sachbezüge von Wehrdienst- und Zivildienstleistenden und Unterhaltsleistungen des Ehegatten eines verheirateten Kindes in Höhe der Hälfte des Nettoeinkommens des Ehegatten, sowie steuerfreie Gewinne und der Versorgungs- und der Sparer-Freibetrag. Keine Bezüge sind Unterhaltsleistungen der Eltern, Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz oder landesrechtlichen Vorschriften und alle Leistungen der Jugendhilfe.

Ausdrücklich bleiben Bezüge außer Ansatz, die für besondere Ausbildungszwecke bestimmt sind sowie Einkünfte, die für solche Zwecke verwendet werden. Das sind Leistungen, mit denen ein individueller Sonderbedarf des Kindes abgedeckt wird. Bei behinderten Menschen zählen dazu auch Leistungen, die eine Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme überhaupt erst ermöglichen. Bei der Begabtenförderung werden Büchergeld und bei einem Auslandsstudium Studiengebührenerstattungen nicht berücksichtigt.

Ein völliger oder teilweiser Verzicht auf zustehende Einkünfte und Bezüge ist kindergeldrechtlich unbeachtlich.

### Zeitliche Aufteilung

34 Die Einkünfte und Bezüge werden jeweils für das Kalenderjahr berücksichtigt. Dabei wird der Jahresbetrag grundsätzlich nicht gezwölfelt. Ein Kind wird also auch dann kindergeldrechtlich während des ganzen Jahres berücksichtigt, wenn es in einigen Monaten mehr als 640 Euro Einkünfte hatte. Besteht der Anspruch des über 18 Jahre alten Kindes allerdings

nur in einem Teil des Jahres, z. B. weil es seine Ausbildung abschließt, wird der Betrag von 7.680 Euro für jeden Monat, in dem die Voraussetzungen für den Kindergeldbezug nicht vorliegen, um ein Zwölftel gemindert.

### Höhe des Kindergeldes

35 Die Höhe des Kindergeldes hängt ab von:

- der Stelle des Kindes in der Reihenfolge der beim Kindergeldberechtigten zu berücksichtigenden Kinder
- dem Aufenthaltsort des Kindes und
- der Anrechnung von ähnlichen kindbezogenen Leistungen.

### Staffelung des Kindergeldes

36 Das Kindergeld ist der Höhe nach gestaffelt, je nachdem an welcher Stelle das Kind, für das Kindergeld gezahlt wird, in der Reihenfolge der Geburten der beim Kindergeldberechtigten zu berücksichtigenden Kinder steht.

Die Höhe des Kindergeldes beträgt monatlich:

- für das erste, zweite und dritte Kind je 154 Euro
- für das vierte und jedes weitere Kind je 179 Euro

Für Vollwaisen beträgt das Kindergeld 154 Euro.

### Zahl- und Zählkinder

37 Entsprechend dem natürlichen Sprachgebrauch sowie der Lebens- und Verkehrsauffassung ist das älteste Kind das erste. Jedoch werden nur die Kinder mitgezählt, für die Kindergeld gewährt wird. Wird daher für das erste Kind, z. B. wegen Erreichens der Altersgrenze, kein Kindergeld mehr gezahlt, rücken die anderen Kinder auf. Doch werden nicht nur die so genannten Zahlkinder berücksichtigt, für die dem Kindergeldberechtigten Kindergeld gezahlt wird, sondern auch die Kinder, die tatsächlich Kinder des Kindergeldberechtigten sind, für die er aber wegen Anrechnung von kindergeldähnlichen Leistungen kein Kindergeld erhält oder für die ein anderer kindergeldberechtigter ist. Für diese so genannten Zählkinder wird zwar kein Kindergeld gezahlt, aber sie werden bei der Berechnung der Zahl der Kinder und der Reihenfolge mitgezählt.

### Aufenthaltsort des Kindes

38 Nicht nur die Stelle des Kindes in der Reihenfolge der Geburten, sondern auch sein Aufenthaltsort be-

einflusst die Höhe des Kindergeldes. Für Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Schweiz gelten die inländischen Kindergeldsätze. Für Kinder mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Türkei oder in den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, die aufgrund von zwischenstaatlichen Abkommen über Soziale Sicherheit berücksichtigt werden, beträgt das Kindergeld monatlich

- für das erste Kind 10 DM
- für das zweite Kind 25 DM
- für das dritte und vierte Kind 60 DM
- für das fünfte und jedes weitere Kind je 70 DM.

Für Kinder in Marokko und Tunesien sind 10 DM für das erste und 25 DM für jedes weitere Kind vereinbart.

Ab 01.01.2002 werden die Beträge in Euro (1 Euro = 1,95583 DM) umgerechnet.

### **Anrechnung von Leistungen**

39 Auf das Kindergeld werden dem Kindergeld entsprechende oder ähnliche Leistungen angerechnet, so dass das Kindergeld gekürzt werden oder ganz entfallen kann. Es handelt sich dabei um im Ausland für Kinder gewährte Leistungen, die dem Kindergeld vergleichbar sind, um Leistungen für Kinder, die von einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung gewährt werden und dem Kindergeld vergleichbar sind oder um die „auslaufenden“ Kinderzulagen aus der gesetzlichen Unfall- oder Kinderzuschüsse aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Rdnr. 8). Ist der Bruttobetrag der Kinderzulage oder des Kinderzuschusses monatlich mindestens 5 Euro niedriger als das Kindergeld, wird ein so genanntes Teilkindergeld in Höhe des Unterschiedsbetrages gezahlt.

40 Ausländische kindbezogene Leistungen oder Leistungen einer zwischen- oder überstaatlichen Einrichtung – wie z. B. der Europäischen Union – werden nicht durch ein Teilkindergeld aufgestockt. Nur für Familienleistungen eines anderen Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz gibt es nach europäischem Recht einen Anspruch auf einen Kindergeldunterschiedsbetrag.

### **Kinderzuschlag**

41 Mit Wirkung zum 01.01.2005 wird ein Kinderzuschlag von bis zu 140 Euro je Kind neu eingeführt.

Bezugsberechtigt sind Eltern bzw. Elternteile, wenn ihre Kinder bei ihnen im Haushalt leben, unter 18 Jahre alt sind und wenn die Eltern für diese auch Kindergeld erhalten. Die Eltern müssen mindestens über Einkommen oder Vermögen verfügen, das ihren eigenen Bedarf sicherstellt. Dieser wird nach dem Arbeitslosengeld II errechnet. Übersteigt das Erwerbseinkommen der Eltern ihren eigenen Bedarf, vermindert sich der Kinderzuschlag für jede 10 Euro, die Eltern mehr verdienen, um 7 Euro. Erwerbseinkünfte werden in diesem Bereich also nur zu 70% angerechnet. Einkünfte und Vermögen der Eltern dürfen aber eine bestimmte Obergrenze nicht überschreiten. Wenn die Eltern so viel verdienen, dass sie für ihren eigenen Bedarf und den ihrer Kinder aufkommen können, entfällt der Anspruch auf Kinderzuschlag. Eigenes Einkommen der Kinder wie Ausbildungsvergütungen, Unterhalt, Unterhaltsvorschuss oder Waisenrente wird als bedarfsmindernd auf den Kinderzuschlag angerechnet.

42 Der Kinderzuschlag ist eine Familienleistung. Deshalb ist er folgerichtig im Bundeskindergeldgesetz geregelt und wird von den Familienkassen ausgezahlt, die bereits wissen, für welche Kinder der Berechtigte Kindergeld erhält. Der Kinderzuschlag muss schriftlich bei der Familienkasse beantragt werden. Die Zahlung des Kinderzuschlags ist auf 36 Monate begrenzt. Im Jahr 2005 wurden rd. 103 Mio. Euro Kinderzuschlag gezahlt. Bis zum 31. Dezember 2006 wird die Bundesregierung einen Bericht über die Auswirkungen sowie ggf. notwendige Weiterentwicklung des Kinderzuschlags erstellen.

## **Organisation und Verfahren**

### **Zuständige Stellen**

#### **Familienkassen**

43 Kindergeldberechtigte, die nicht Angehörige des öffentlichen Dienstes sind, erhalten Kindergeld von der Bundesagentur für Arbeit, und zwar sowohl das steuerliche Kindergeld nach dem X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes als auch das sozialrechtliche Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz.

44 Seit 1. Januar 1999 ist die Auszahlung des Kindergeldes außerhalb des öffentlichen Dienstes durch den Arbeitgeber abgeschafft. Insoweit gewährt nur die Bundesagentur für Arbeit das Kindergeld. Ebenfalls ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig, wenn ein



Angehöriger des öffentlichen Dienstes Kinder in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in einem der so genannten Vertragsstaaten (Schweiz, Türkei, Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens) hat, selbst wenn daneben bei so genannten „Mischfällen“ Kinder zu berücksichtigen sind, die in Deutschland leben.

45 Die Bundesagentur für Arbeit führt bei der Durchführung des X. Abschnitts des Einkommensteuergesetzes und des Bundeskindergeldgesetzes die Bezeichnung „Familienkasse“. Bei Regionaldirektionen und Agenturen für Arbeit bestehen Familienkassen.

### Öffentlicher Dienst

46 Angehörige des öffentlichen Dienstes erhalten Kindergeld von den Stellen, die Bezüge oder Arbeitsentgelt an diese Personen zahlen. Ausgenommen sind die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und die einem solchen Verband unmittelbar oder mittelbar angeschlossenen Mitgliedsverbände, Einrichtungen oder Anstalten. Insoweit entscheidet die Bundesagentur für Arbeit über die Gewährung des Kindergeldes.

So weit die Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes den X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes durchführen, gelten sie als Familienkassen.

### Aufsicht

47 So weit die Familienkassen bei der Bundesagentur für Arbeit das Kindergeld nach dem X. Abschnitt des Einkommensteuergesetzes gewähren, unterstehen sie wie die Familienkassen des öffentlichen Dienstes der Aufsicht des Bundeszentralamtes für Steuern, das seinerseits wiederum dem Bundesministerium der Finanzen untersteht. Für die Durchführung des Bundeskindergeldgesetzes durch die Familienkassen der Bundesagentur für Arbeit ist innerhalb der Bundesregierung das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend federführend.

### Verfahren

#### Antrag

48 Kindergeld wird nur auf Antrag gewährt. Der Antrag ist schriftlich zu stellen, er muss also unterschrieben werden. Rückwirkend kann Kindergeld für vier Jahre festgesetzt werden.

### Örtliche Zuständigkeit

49 Örtlich zuständig ist die für den Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthaltsort des Kindergeldberechtigten zuständige Familienkasse (Agentur für Arbeit). Für Berechtigte mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit im Ausland sind für die Niederlande und Belgien die Familienkasse Aachen, für Luxemburg und Frankreich, wenn sich die Lohnabrechnungsstelle des letzten inländischen Arbeitgebers oder der Betriebsitz in Rheinland-Pfalz oder im Saarland befand, die Familienkasse Saarbrücken, für alle anderen Berechtigten in Frankreich oder der Schweiz die Familienkasse Offenburg, für Österreich die Familienkasse Passau und sonst die Familienkasse Nürnberg zuständig. Die Familienkasse Nürnberg ist auch für Vollwaisen und alleinstehende Kinder zuständig. Ausnahmen gelten für Vollwaisen und alleinstehende Kinder aus Nordrhein-Westfalen, für die die Familienkasse Aachen, aus Rheinland-Pfalz oder Saarland, für die die Familienkasse Saarbrücken, und aus Baden-Württemberg, für die die Familienkasse Offenburg zuständig sind.

### Auszahlung des Kindergeldes

50 Das Kindergeld wird monatlich gezahlt.

51 Abtretung oder Verpfändung von Kindergeldansprüchen sind nur wegen gesetzlicher Unterhaltsansprüche eines Zahl- oder Zahlkinds zulässig. Abtretungen wegen anderer Ansprüche sind unwirksam. Das gleiche gilt für eine rechtsgeschäftliche Verpfändung.

Leistet der Kindergeldberechtigte seinem Kind keinen Unterhalt, kann das auf dieses Kind entfallende Kindergeld auf Verlangen an die Person oder Behörde ausgezahlt werden, die dem Kind tatsächlich Unterhalt gewährt. Bei dieser so genannten Abzweigung wird der auf das Kind entfallende Betrag ausgezahlt, der sich bei gleichmäßiger Verteilung des monatlichen Gesamtanspruchs auf alle Kinder ergibt.

### Finanzierung

52 Das Kindergeld wird aus dem Einkommenssteueraufkommen gezahlt. Der Bund stellt der Bundesagentur für Arbeit die Mittel bereit, die sie für die Zahlung des Kindergelds benötigt, und erstattet ihr die Verwaltungskosten für die Durchführung des X. Abschnitts des Einkommensteuergesetzes und des Bundeskindergeldgesetzes.



## Beratungsstellen und Auskunft

53 Die Bundesagentur für Arbeit und das Bundeszentralamt für Steuern haben ein gemeinsames Merkblatt zum Kindergeld herausgegeben, das bei jeder Familienkasse, also jeder Agentur für Arbeit, angefordert werden kann. Auch für den Kinderzuschlag hat die Bundesagentur für Arbeit ein Merkblatt herausgegeben. Die Familienkassen geben auch ergänzende Auskünfte zum Kindergeld und Kinderzuschlag. Für den öffentlichen Dienst erteilen die Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes Auskünfte.

## Erziehungsgeld und Elternzeit im Bundeserziehungsgeldgesetz

### Einführung

54 Das Bundeserziehungsgeldgesetz (BERzGG) gibt seit 1986 Müttern und Vätern die Möglichkeit, sich für eine bestimmte Zeit der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder in den ersten Lebensjahren zu widmen und während dieser Zeit Erziehungsgeld und Elternzeit (frühere Bezeichnung: Erziehungsurlaub) zu erhalten. Dieses Gesetz wurde in den folgenden zwei Jahrzehnten zunächst schrittweise verbessert, im Rahmen verschiedener Haushaltskonsolidierungen dann wieder eingeschränkt. Letzteres betrifft nur das Erziehungsgeld, nicht aber den Erziehungsurlaub (jetzt Elternzeit genannt). Jüngere Beispiele für beide Aspekte sind einerseits die Reform des Bundeserziehungsgeldgesetzes von Anfang 2001 und andererseits das Haushaltsbegleitgesetz 2004.

Die Bundesregierung will 2007 das Erziehungsgeld – sicher mit einer Übergangslösung für bestimmte Geburtsjahrgänge – durch ein neues Elterngeld ersetzen, das der berechtigte Elternteil als Einkommensersatzleistung (67% seines pauschalierten Nettoerwerbseinkommens – maximal 1 800 Euro monatlich) unter Anrechnung des Mutterschaftsgeldes für die Dauer eines Jahres erhält, wenn jeder Elternteil das Kind mindestens zwei Monate selbst betreut. Die Eltern können ihr Elterngeldbudget auch auf zwei Jahre verteilen. Eltern mit geringem oder ohne Einkommen erhalten eine Mindestleistung (zumindest in Höhe des bisher sechsmonatigen vollen Erziehungsgeldes). Die bisherigen Regelungen zur Elternzeit ändern sich grundsätzlich nicht (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005). Maßgebend ist zurzeit das Gesetz zum Erziehungsgeld und zur

Elternzeit (Bundeserziehungsgeldgesetz – BERzGG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 2004 (BGBl. I, S. 206), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2004 (BGBl. I, S. 3852).

Der Bund trägt die Ausgaben für das Erziehungsgeld (2005: 2, 7 Mrd. Euro). Die Federführung hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Berlin/Bonn (Rdnr. 71 zur Durchführung des BERzGG durch die Länder). Die Broschüre „Erziehungsgeld, Elternzeit“ kann kostenlos bestellt werden beim Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock oder unter der Email-Adresse: publikationen@bundesregierung.de

Das BERzGG gliedert sich in drei Abschnitte (Erster Abschnitt – Erziehungsgeld (§§ 1 – 14); Zweiter Abschnitt – Elternzeit für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (§§ 15 – 21); Dritter Abschnitt – Übergangs- und Schlussvorschriften [§§ 22 – 24]).

### Aufgaben

55 Das BERzGG erleichtert die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Erziehungsgeld ist eine einkommensabhängige Leistung des Bundes für Eltern mit durchschnittlichem Einkommen in Anerkennung der Betreuung ihres Kindes in seinen beiden ersten Lebensjahren. Es ist keine Lohnersatzleistung und steht sowohl berufstätigen als auch nicht berufstätigen Müttern oder Vätern zu, soweit sie die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Die Elternzeit dient ebenfalls der Kinderbetreuung, handelt es sich bei ihr doch um einen Arbeitnehmeranspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf unbezahlte Freistellung bis zum dritten Geburtstag des Kindes. Die Elternzeit wird ergänzt durch eine zulässige Teilzeitarbeit mit gesetzlich begrenzter wöchentlicher Stundenzahl. Die flexible Elternzeit, verbunden mit einem grundsätzlichen gleichzeitigen Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit (§ 15 Abs. 6), erleichtert seit 2001 die gemeinsame partnerschaftliche Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und Beruf.

### Berechtigte

56 Erziehungsgeld können Mütter oder Väter beanspruchen, gegebenenfalls auch abwechselnd (§§ 1, 3) Der Väteranteil liegt bisher unter 3%. Im ersten Lebensjahr des Kindes gibt es weitaus mehr Erziehungsgeldempfänger als im zweiten Jahr, weil zu diesem Zeitpunkt viele Eltern u. a. wegen voller

Berufstätigkeit nicht mehr die Voraussetzungen für das Erziehungsgeld erfüllen. In den ersten Monaten nach der Geburt ist die Zahl der berechtigten Eltern am größten, bedingt durch eine viel höhere Einkommensgrenze für den Bezug von Erziehungsgeld in den ersten sechs Lebensmonaten (§ 5).

Eine weitere Besonderheit des Erziehungsgeldes: Im ersten Halbjahr nach der Geburt gibt es, abgesehen von der Verrechnung mit dem Mutterschaftsgeld, entweder das volle Erziehungsgeld oder - bereits beim minimalen Überschreiten der Einkommensgrenze - nichts. In den Monaten danach, bis zum zweiten Geburtstag, wird diese Familienleistung linear bis auf null gekürzt, soweit das Einkommen höher als die Einkommensgrenze ist. 2004 erhielten rd. 582.000 Familien (82% der Eltern mit einem Kind im ersten Lebensjahr) im zweiten Halbjahr nach der Geburt ihres Kindes das volle oder gekürzte Erziehungsgeld, im zweiten Lebensjahr waren es noch rd. 373.000 Familien, 49% der betreffenden Eltern (Statistisches Bundesamt). Die ein bestehendes Arbeitsverhältnis voraussetzende Elternzeit (§ 15) können die Eltern, anders als den früheren Erziehungsurlaub, während der möglichen Gesamtdauer von bis zu drei Jahren für ein Kind auch gemeinsam nehmen. Rund 95% der berechtigten Familien nutzen die Elternzeit ganz oder zeitweise, der Anteil der Väter beträgt inzwischen 5%. Im BErzGG sind verheiratete und unverheiratete Eltern grundsätzlich gleichberechtigt. Das Gesetz berücksichtigt Stiefeltern, eingetragene Lebenspartner (im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes), Familien mit angenommenen Kindern, mit Kindern in Adoptionspflege und - bei der Elternzeit - jetzt auch in Vollzeitpflege (§§ 1, 15).

### Voraussetzungen für den Anspruch auf Erziehungsgeld

57 Der Elternteil muss seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (§ 1). Von diesem Erfordernis gibt es einige Ausnahmen: Erziehungsgeld kann auch erhalten, wer vom Arbeitgeber oder Dienstherrn zur vorübergehenden Dienstleistung ins Ausland entsandt wurde. Berechtig sind ferner im Ausland lebende Empfänger von Versorgungsbezügen oder entsprechenden Versorgungsrenten sowie Entwicklungshelfer im Sinne des Entwicklungshelfer-Gesetzes. Anspruchsberechtigt ist außerdem, wer als EU/EWR-Bürger (§ 1 Abs. 7) mit dem Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder des Europäischen

Wirtschaftsraums oder als Grenzgänger aus einem sonstigen, unmittelbar an Deutschland angrenzenden Staat in Deutschland in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis steht oder ein Arbeitsverhältnis mit einer mehr als geringfügigen Beschäftigung hat (regelmäßig über 400 Euro monatlich – § 8 SGB IV). Auch der im Ausland lebende Ehegatte kann unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt sein, allerdings nicht gleichzeitig mit dem anderen Elternteil.

### Ausländer

58 Ein in Deutschland lebender Bürger der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums ist Deutschen gleichgestellt (§ 1 Abs. 6 Satz 1). Ein anderer Ausländer (§ 1 Abs. 6 Satz 2) erhält Erziehungsgeld, wenn er unanfechtbar anerkannter Asylberechtigter oder Flüchtling ist oder eine Niederlassungserlaubnis hat oder eine Aufenthaltserlaubnis besitzt, die bestimmte Merkmale des neuen Aufenthaltsgesetzes erfüllt. Das Bundesverfassungsgericht hat eine seit 2001 überholte BErzGG-Vorschrift für verfassungswidrig erklärt, nach der Ausländer mit einer Aufenthaltsbefugnis kein Erziehungsgeld erhielten. Der Gesetzgeber müsse aber auch die weiter gefasste Nachfolgeregelung des geltenden § 1 Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 BErzGG auf ihre Verfassungsmäßigkeit überprüfen (Beschluss v. 06.07.2004 – 1 BvR 2515/95 –; BVerfG – Pressemitteilung Nr. 116/2004 v. 29.12.2004). Wer als Arbeitnehmer im Ausland beschäftigt ist und vorübergehend nach Deutschland entsandt wird, hat nach dem BErzGG regelmäßig keinen Anspruch, wohl sein begleitender Ehegatte, wenn er in Deutschland eine mehr als geringfügige Beschäftigung ausübt (§ 1 Abs. 9).

### Personensorge und Betreuung

59 Der Berechtigte muss grundsätzlich die Personensorge für das Kind haben (§ 1 Abs. 1). Ausnahmen gelten für folgende, in den Haushalt des Antragstellers aufgenommene Kinder (§ 1 Abs. 3):

- das leibliche Kind des nicht sorgeberechtigten Antragstellers,
- das Kind in Adoptionspflege (Aufnahme des Kindes in die eigene Familie mit dem Ziel der Adoption) sowie
- das Kind des Ehegatten (Stiefkind) oder Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Ein nicht sorgeberechtigter Elternteil erhält Erziehungsgeld nur mit Zustimmung des sorgeberechtigten anderen Elternteils. Der Berechtigte muss ferner mit dem Kind im gemeinsamen (nicht unbedingt im eigenen) Haushalt leben und es selbst betreuen und erziehen. Bei der ersten Auszahlung des Erziehungsgeldes müssen die Anspruchsvoraussetzungen zwar regelmäßig vorliegen, die Tatsachen der Vaterschaft und Personensorge können im Einzelfall nach billigem Ermessen aber auch schon vor ihrer Rechtswirksamkeit berücksichtigt werden.

### **Keine volle Erwerbstätigkeit und Entgeltersatzleistungen**

60 Wer Erziehungsgeld bekommt, muss für die Dauer des Bezugs grundsätzlich seine Erwerbstätigkeit einschränken (§ 1 Abs. 1). Das Gesetz erlaubt eine wöchentliche Teilzeitarbeit von bis zu 30 Wochenstunden (maßgebend ist der monatliche Durchschnitt). Bei der Beschäftigung zur Berufsbildung oder im besonderen Härtefall (Rdnr. 61) entfällt die Begrenzung (§ 1 Abs. 5, § 2). Der berechtigte Elternteil kann gleichzeitig uneingeschränkt neben dem Erziehungsgeld auch eine Entgeltersatzleistung (Arbeitslosengeld, Krankengeld etc.) beziehen. Entgeltersatzleistungen werden als Einkommen angerechnet (§ 6 Abs. 1), beim berechtigten Elternteil nur insoweit, als er die Ersatzleistung während seines Erziehungsgeldes erhält.

### **Besondere Härtefälle**

61 Das Gesetz läßt in besonderen Härtefällen weitere Ausnahmen von den grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu (§ 1 Abs. 5). Es nennt als vorrangige Beispiele schwere Krankheit, schwere Behinderung oder Tod eines Elternteils oder die erheblich gefährdete wirtschaftliche Existenz des Berechtigten. In Fällen besonderer Härte muss der Berechtigte das Kind nicht selbst betreuen und seine volle Erwerbstätigkeit nicht einschränken. Entfallen kann auch das Erfordernis der Personensorge (das heißt über die bereits gesetzlich berücksichtigten Tatbestände des unverheirateten Vaters etc. hinaus). Dann muss aber ein Verwandter bis dritten Grades – oder sein Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner (Rdnr. 56) – mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt leben, es selbst betreuen und seine Erwerbstätigkeit entsprechend einschränken. Außerdem darf kein Personensorgeberechtigter gleichzeitig Erziehungsgeld beanspruchen.

### **Erziehungsgeld und Mutterschaftsgeld**

62 Das Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkasse für ihr Mitglied nach der Entbindung wird mit dem Erziehungsgeld der Mutter verrechnet (§ 7). Da das Mutterschaftsgeld regelmäßig höher ist, entfällt solange das Erziehungsgeld. Verrechnet werden auch die anstelle des Mutterschaftsgeldes gezahlten entsprechenden Dienstbezüge.

### **Sozialhilfe und andere einkommensabhängige Sozialleistungen**

63 Das Erziehungsgeld des Bundes und einiger Länder (Rdnr. 72 ff) sowie die mit ihm verrechneten Mutterschaftsleistungen zählen bei der Sozialhilfe, der Ausbildungsförderung und dem Wohngeld nicht als Einkommen (§ 8). Die Sozialhilfe darf wegen des gleichzeitigen Erziehungsgeldes nicht nur als Darlehen gezahlt werden.

### **Antrag und Bewilligung**

64 Erziehungsgeld wird bei den Erziehungsgeldstellen (Rdnr. 71 - Antragsvordrucke dort oder in den Rathäusern) schriftlich beantragt und im Laufe des Monats gezahlt, für den es bestimmt ist, eine rückwirkende Bewilligung ist höchstens für sechs Monate vor dem Antrag möglich (§§ 4, 5 Abs. 5, § 10). Für das Erziehungsgeld als Regelbetrag (Rdnr. 65) sind zwei Anträge nötig, zunächst für das erste Lebensjahr und frühestens ab dem neunten Monat für das zweite Lebensjahr. Das Budget (Rdnr. 65) ist nur im ersten Jahr möglich.

### **Leistungen**

65 Die Eltern können beim Erziehungsgeld wählen zwischen dem niedrigeren, aber länger dauernden monatlichem Regelbetrag und dem höheren, jedoch kürzeren Budget (§ 5 Abs. 1). Der Regelbetrag steht für die ersten beiden Lebensjahre des Kindes zur Verfügung, das Budget nur im ersten Jahr. In vielen Fällen, besonders bei einem eher unterdurchschnittlichen Familieneinkommen, ist die Gesamtsumme des Regelbetrages höher als beim Budget. Dieses ist ein neues Angebot für die Eltern, die im zweiten Jahr wieder beide voll berufstätig sein wollen und deshalb auf ein weiteres Erziehungsgeld verzichten. Die Entscheidung der Eltern für eine der beiden Alternativen ist für sie grundsätzlich verbindlich, sie können sie unter engen gesetzlichen Voraussetzungen (vor allem im besonderen Härtefall) einmal rückwirkend abändern, müssen jedoch beim Wechsel vom Budget zur

Regelleistung den zuviel gezahlten Differenzbetrag erstatten. Für Zwillinge, Drillinge und so weiter steigen die Beträge für das Erziehungsgeld entsprechend. Bei einer Adoption oder Adoptionspflege wird Erziehungsgeld ab der Aufnahme in die Familie bis zu zwei Jahren (nicht über den achten Geburtstag hinaus) gezahlt.

### Einkommensgrenzen für das volle und gekürzte Erziehungsgeld (Regelbetrag und Budget)

66 Das BErzGG beziffert die Einkommensgrenzen (§ 5 Abs. 3) nur für das volle Erziehungsgeld (Regelbetrag und Budget), die ab dem siebten Lebensmonat auch mögliche gekürzte Leistung berechnet sich nach den gesetzlichen Minderungsquoten (siehe Tabelle zu den neuen gemeinsamen Einkommensgrenzen (Euro) für das Erziehungsgeld als Regelbetrag und Budget ab dem siebten Lebensmonat). Alle Einkommensgrenzen für das volle und gekürzte Erziehungsgeld sind aber in etwa vergleichbar mit einem pauschalieren jährlichen Netto - Einkommen. Seit 2004 gelten folgende Einkommensgrenzen und Minderungsquoten:

#### Einkommensgrenzen (§ 5 Abs. 3 BErzGG):

- Erstes Halbjahr: Beim Erziehungsgeld als Regelleistung 30.000 Euro für die nicht dauernd getrennt lebenden (verheirateten oder unverheirateten) Eltern mit einem Kind und 23.000 Euro für den Alleinerziehenden, beim Erziehungsgeld als Budget 22.086 Euro bzw. 19.086 Euro. Beim Einkommen oberhalb dieser Grenzen entfällt das Erziehungsgeld.
- Ab dem siebten Lebensmonat: Die oben genannten Familien erhalten das volle Erziehungsgeld (Regelbetrag oder Budget) beim Einkommen bis zu den Grenzen von 16.500 Euro bzw. 13.500 Euro.

Die jeweilige Einkommensgrenze im ersten Halbjahr und danach erhöht sich für jedes weitere Kind, für das Kindergeld gezahlt wird, um einen Kinderzuschlag von 3.140 Euro.

#### Minderungsquoten ab dem siebten Lebensmonat (§ 5 Abs. 4):

Beim Einkommen oberhalb der maßgeblichen Einkommensgrenze ist anhand der Minderungsquoten (5,2% beim Regelbetrag und 7,2% beim Budget) zu berechnen, ob noch ein Anspruch auf eine gekürzte

Leistung besteht: Der Anteil von 5,2% bzw. 7,2% der Einkünfte oberhalb der Einkommensgrenze wird vom vollen Erziehungsgeld abgezogen und daraus ergibt sich das verringerte Erziehungsgeld oder der Wegfall des Anspruchs. Ein Betrag von monatlich unter 10 Euro wird nicht ausbezahlt (§ 5 Abs. 5).

#### Tabelle zu den seit 2004 gemeinsamen Einkommensgrenzen (vergleichbar mit einem pauschalieren Jahresnettoeinkommen) ab dem siebten Lebensmonat für das Erziehungsgeld als Regelbetrag und Budget

	Anzahl der Kinder	volles Erziehungsgeld bis	gekürztes Erziehungsgeld bis
Eltern	1	16 500 Euro	22 086 Euro
allein erziehend	1	13 500	19 086
Eltern	2	19 640	25 226
allein erziehend	2	16 640	22 226
Eltern	3	22 780	28 366
allein erziehend	3	19 780	25 366
Eltern	4	25 920	31 506
allein erziehend	4	22 920	28 506

#### Berechnung des Einkommens

67 Als Einkommen (§ 6) zählen neben der - nicht um die Verluste in den einzelnen Einkommensarten verminderten - Summe der positiven Einkünfte des Einkommensteuergesetzes grundsätzlich auch die Entgeltersatzleistungen (Arbeitslosengeld, das neue Arbeitslosengeld II, das Krankengeld etc. - Rdnr. 67).

Die Berechnung sieht folgendermaßen aus: Zunächst vermindert sich die oben genannte Summe der steuerlichen Einkünfte um eine Abzugspauschale von 24% der Einkünfte bei Arbeitnehmern bzw. 22% bei Beamten. Dieser so ermittelte Betrag und die Entgeltersatzleistungen werden dann zusammengezählt. Von der so ermittelten Summe sind noch zwei weitere Positionen abzugsfähig: Die steuerlich berücksichtigten Unterhaltsleistungen an Kinder und andere Personen außerhalb der eigenen Familie, zum Beispiel aus einer früheren Ehe, sowie der steuerliche Pauschbetrag bei einem behinderten Kind oder behinderten Elternteil. Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung (pauschal versteuerte Einkünfte) bleiben anrechnungsfrei. Maßgebend sind jeweils das Einkommen im Kalenderjahr vor der Geburt (für die Berechnung des Erziehungsgeldes im ersten Lebensjahr) und das Einkommen im Geburtsjahr (beim Erziehungsgeld im zweiten Lebensjahr). Im Falle einer Adoption oder Adoptionspflege kommt es auf das Kalenderjahr vor der Aufnahme des Kindes

in die Familie an bzw. anschließend auf das Jahr der Aufnahme.

Verringert sich das Einkommen der regelmäßigen obigen Berechnungszeiträume im nachfolgenden Kalenderjahr um mindestens 20%, wird es auf Antrag neu ermittelt.

Wenn die berechtigte Person während der Dauer des Erziehungsgeldes nicht erwerbstätig ist, zählen ihre vorherigen Erwerbseinkünfte und Entgeltersatzleistungen nicht mit. Anrechenbar sind der Verdienst aus einer Teilzeitarbeit und die Ersatzleistung, soweit sie Einkünfte neben dem Erziehungsgeld sind. Die mit dieser Teilzeitarbeit verbundenen Sonderzuwendungen werden nicht angerechnet.

### Elternzeit und Teilzeitarbeit

68 Die Elternzeit setzt neben dem bestehendem Arbeitsverhältnis und der Einschränkung einer Vollzeittätigkeit die eigene Betreuung des Kindes im gemeinsamen Haushalt sowie grundsätzlich das Personensorgerecht voraus (§ 15 Abs. 1). In einigen Ausnahmefällen besteht der Anspruch auf Elternzeit auch ohne eigenes Personensorgerecht, z. B. für den nicht sorgeberechtigten unverheirateten Vater des Kindes, bei der Adoptionspflege und bei der Vollzeitpflege im Sinne des § 33 SGB VIII. Das Recht auf Elternzeit haben auch Eltern, die kein Erziehungsgeld bekommen. Die Elternzeit lässt eine gleichzeitige Teilzeitarbeit von bis zu 30 Wochenstunden (maßgebend ist dabei der monatliche Durchschnitt) zu, im früheren Erziehungsurlaub waren es nur 19 Std. Die Eltern können die Elternzeit zeitweise oder vollständig gemeinsam nutzen (§ 15 Abs. 3); dann sind insgesamt 60 Wochenstunden Teilzeitarbeit möglich. Der Vater kann Elternzeit auch dann nehmen, wenn die Mutter noch im Mutterschutz oder nicht berufstätig ist. Der Anspruch auf Elternzeit besteht für jedes Kind bis zu seinem dritten Geburtstag, die Elternzeiten für mehrere Kinder können sich im Einzelfall gleichwohl mehr oder weniger überschneiden. Mit Zustimmung des Arbeitgebers lässt sich bei jeder Elternzeit ein Anteil von bis zu 12 Monaten übertragen auf die Zeit bis um achten Geburtstag. In Fällen der Vollzeitpflege, Adoptionspflege oder Adoption gelten entsprechende Rechte für die ersten acht Lebensjahre.

Seit der BErzGG - Reform 2001 haben die Eltern in der Elternzeit einen grundsätzlichen Anspruch auf Verringerung der Arbeitszeit (Teilzeitarbeit), wenn der Arbeitgeber mehr als 15 Personen beschäftigt und

im konkreten Fall nicht innerhalb von vier Wochen schriftlich dringende betriebliche Gründe mitteilt, die dem Anspruch auf Teilzeitarbeit entgegenstehen (§ 15 Abs. 7). Das Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge enthält einen ähnlichen Anspruch vor Beginn und nach Ende der Elternzeit.

### Wirkungen der Elternzeit

69 Während der Elternzeit besteht der gleiche Kündigungsschutz wie im Mutterschutzgesetz. Er beginnt ab der Anmeldung der Elternzeit, frühestens acht Wochen vor ihrem Anfang. In besonderen Fällen (z. B. drohende Gefährdung der Existenz des Betriebes) ist ausnahmsweise eine Kündigung möglich, aber erst nachdem die zuständige Landesbehörde für Arbeitsschutz den Fall geprüft und die Kündigung zugelassen hat. Die Eltern können sowohl im Rahmen ihres Arbeitsvertrages als auch mit einer Frist von drei Monaten zum Ende der Elternzeit kündigen. Die Teilzeitarbeit während der Elternzeit berührt nicht das Stamm- Arbeitsverhältnis der Eltern; sie haben das Recht, nach Ablauf der Elternzeit zu ihrer früheren Arbeitszeit zurückzukehren.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind Pflichtmitglieder während der Elternzeit beitragsfrei versichert, wenn sie keine beitragspflichtigen Einnahmen haben; das Erziehungsgeld zählt nicht dazu. Freiwillige Mitglieder müssen in diesem Fall den von der Krankenkasse festgesetzten Mindestbeitrag zahlen. Wer als Ehegatte zu Beginn der Elternzeit in der gesetzlichen Krankenkasse bereits familienversichert ist, behält diesen Status auch anschließend. Privatversicherte können nicht für die Dauer der Elternzeit in die Familienversicherung aufgenommen werden. Das Job-Aktiv-Gesetz berücksichtigt beim Versicherten die Betreuung des Kindes bis zu seinem dritten Geburtstag (Erziehungszeit) in der Arbeitslosenversicherung als beitragsfreie Versicherungszeit. In der gesetzlichen Rentenversicherung hat die oben genannte Erziehungszeit seit 1992 dieselbe Wirkung, bei ihr ist – anders als in der Arbeitslosenversicherung – eine bereits bestehende Versicherung nicht erforderlich. In beiden Bereichen hängt die Gutschrift der Erziehungszeit nicht davon ab, ob die Eltern Elternzeit genommen hatten.

### Inanspruchnahme der Elternzeit und Teilzeitarbeit

70 Für die Elternzeit gilt eine schriftliche Anmeldefrist von sechs Wochen gegenüber dem Arbeitgeber,



wenn sie unmittelbar nach der Geburt des Kindes oder nach der Mutterschutzfrist beginnt, sonst von acht Wochen (§ 16 Abs. 1). Bei der ersten Anmeldung sind gleichzeitig für zwei Jahre (ab Beginn der Elternzeit) die konkreten Termine der Elternzeit – einzelne Zeitabschnitte oder die vollen zwei Jahre – verbindlich mitzuteilen, damit der Arbeitgeber für diesen Zeitraum fest planen kann. Spätere Änderungen dieses Zeitplans, eine Verkürzung oder Verlängerung der Elternzeit, sind grundsätzlich nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich. Die vorzeitige Beendigung wegen der Geburt eines weiteren Kindes oder wegen eines besonderen Härtefalles kann der Arbeitgeber aber nur innerhalb von vier Wochen aus dringenden betrieblichen Gründen schriftlich ablehnen. Jeder Elternteil kann seine Elternzeit in zwei Zeitabschnitte aufteilen, mit Zustimmung des Arbeitgebers auch noch öfter. Ihre korrekte Anmeldung muss der Arbeitgeber akzeptieren, die Elternzeit wird im Gegensatz zum Anspruch auf Teilzeitarbeit nicht beantragt.

Über seinen Antrag auf Teilzeitarbeit und ihre Ausgestaltung in der Elternzeit soll sich der Elternteil nach dem Willen des Gesetzgebers mit dem Arbeitgeber innerhalb von vier Wochen einigen. Der Elternteil muss im Antrag Beginn und Umfang seiner Teilzeitarbeit – dazu möglichst auch die gewünschten Arbeitszeiten – angeben. Den Antrag kann er mit der Anmeldung der Elternzeit verbinden oder auch später stellen, je früher umso besser für die Planung des Arbeitgebers. Falls eine Einigung über die Teilzeitarbeit scheitert, hat der Elternteil immer noch seinen grundsätzlichen Anspruch auf Teilzeitarbeit (schriftliche Anmeldung, gleiche Anmeldefristen wie für die Elternzeit). Wichtig ist die neue gesetzliche Klarstellung, dass der Elternteil in seinem Antrag auf Teilzeitarbeit bereits seinen gegebenenfalls bestehenden Anspruch (Rdnr. 68) mitteilen kann. Damit läuft die Anmeldefrist für den Anspruch, über den im Streitfall das Arbeitsgericht entscheidet.

## Die zuständigen Erziehungsgeldstellen und ihre Aufsichtsbehörden

71 Das BErzGG wird von den Ländern im Auftrag des Bundes durchgeführt. Sie haben unterschiedliche Behörden als Erziehungsgeldstellen bestimmt.

Land	Zuständige Stelle
Baden-Württemberg	Die Landes Kreditbank Baden-Württemberg in Karlsruhe
Bayern	Die Ämter für Versorgung und Familienförderung in Augsburg, Bayreuth, Landshut, München, Nürnberg, Regensburg und Würzburg
Berlin	Die Bezirksämter (Jugendämter), zentrale Auskunft 030/90-0
Brandenburg	Die Jugendämter der Landkreise, kreisfreien Städte und großen kreisangehörigen Städte
Bremen	Das Amt für Soziale Dienste Bremen – Erziehungsgeldstelle (für Bremerhaven: Amt für Familie und Jugend)
Hamburg	Die Bezirksämter (Einwohnerämter) in Altona, Bergedorf, Eimsbüttel, Hamburg-Mitte, Hamburg-Nord, Harburg und Wandsbek
Hessen	Die Ämter für Versorgung und Soziales in Bensheim, Darmstadt, Frankfurt/Main, Fulda, Gießen, Kassel und Wiesbaden
Mecklenburg-Vorpommern	Die Versorgungsämter (Erziehungsgeldabschnitte) in Neubrandenburg, Rostock, Schwerin und Stralsund
Niedersachsen	Die Landkreise, kreisfreien Städte und in einigen Fällen auch kreisangehörige Gemeinden



Nordrhein-Westfalen	Die Versorgungsämter in Aachen, Bielefeld, Dortmund, Düsseldorf, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Köln, Münster, Soest und Wuppertal
Rheinland-Pfalz	Die Jugendämter der Landkreise, kreisfreien Städte und großen kreisangehörigen Städte
Saarland	Das Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung in Saarbrücken
Sachsen	Die Ämter für Familie und Soziales (Sachgebiete Familienhilfe) in Chemnitz, Dresden und Leipzig
Sachsen-Anhalt	Das Landesverwaltungsamt Referat Bundeserziehungsgeld, Dienstgebäude in Halle und Magdeburg
Schleswig-Holstein	Die Außenstellen des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein in Heide, Kiel, Lübeck und Schleswig
Thüringen	Die Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte.

Die Erziehungsgeldstellen beraten über das Erziehungsgeld und die Elternzeit (§ 10). Die Aufsichtsbehörden in den Ländern sind oft die Sozialministerien (Baden-Württemberg, Brandenburg, Hessen und Niedersachsen), im Saarland das Familienministerium, in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz die Landesversorgungsämler (Bayreuth, Rostock, Münster und Mainz), in Sachsen-Anhalt das Landesverwaltungsamt (Halle), in Sachsen das Landesamt für Familie und Soziales (Chemnitz), in Schleswig-Holstein das Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein (Neumünster), in Thüringen das Landesjugendamt

(Suhl), in Berlin und Bremen die Senatsverwaltung für Jugend und in Hamburg die Behörde für Soziales und Familie.

## Landeserziehungsgeld

72 Vier Länder zahlen im dritten Lebensjahr ganz oder zeitweise ein eigenes Erziehungsgeld, wobei meistens die allgemeinen Voraussetzungen des Bundeserziehungsgeldes gelten.

### Baden-Württemberg

73 Das Land zahlt 205 Euro monatlich, ab dem dritten Kind 307 Euro (bei Zwillingen etc. entsprechend mehr) für weitere 12 Monate. Die Einkommensgrenze beim vollen Erziehungsgeld beträgt für Eltern mit einem Kind monatlich 1.380 Euro, für Alleinerziehende 1.125 Euro (mit einem Kinderzuschlag für jedes weitere Kind um 230 Euro ab Geburtsjahrgang 2003). Die berechtigten Personen – Deutsche, EU/EWR- Bürger oder andere im Rahmen europäischer Abkommen begünstigte Ausländer – müssen in Baden-Württemberg ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben und dürfen für die Dauer des Bezuges von Landeserziehungsgeld nicht voll erwerbstätig sein. Den Eltern steht kein Landesgeld zu, wenn sie zuvor das budgetierte Bundeserziehungsgeld bekamen. Antragsvordrucke gibt es bei den zuständigen Bürgermeisterämtern. Die Landeskreditbank Baden-Württemberg (Rdnr. 71) erteilt weitere Auskünfte.

### Bayern

74 Bayern zahlt für das erste Kind bis zu einem halben und ab dem zweiten Kind bis einem ganzen Jahr maximal folgende Monatsbeträge: 200 Euro (1. Kind), 250 Euro (2. Kind), 350 Euro (ab 3. Kind). Dabei orientiert sich die Berechnung des Einkommens regelmäßig an der Feststellung des Bundeserziehungsgeldes für das zweite Lebensjahr. Die berechtigten Eltern müssen ihren Hauptwohnsitz vorher schon mindestens ein Jahr in Bayern haben und entweder Deutsche (gegebenenfalls reicht die deutsche Staatsangehörigkeit des Kindes) oder Schweizer, EU/EWR- Bürger oder im Rahmen anderer europäischer Abkommen begünstigte Ausländer (Bürger von Algerien, Marokko, Türkei und Tunesien) sein. Nähere Auskünfte erteilen die Erziehungsgeldstellen in Bayern (Ämter für Versorgung und Familienförderung).

## Sachsen

75 Das Erziehungsgeld des Landes erhalten Eltern, die ihrem Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Sachsen haben, im Anschluss an das Bundeserziehungsgeld für weitere neun Monate: Der Regelbetrag beläuft sich monatlich auf 205 Euro. Schüler, Studenten und Auszubildende bekommen als Eltern 307 Euro, den gleichen Betrag andere Eltern ab dem dritten Kind. Das Landeserziehungsgeld entfällt regelmäßig, wenn die Eltern das Kind in einer staatlich geförderten Kindertagesstätte oder Tagespflege unterbringen. Bis einen Monat vor dem Antrag kann Erziehungsgeld rückwirkend bewilligt werden. Zuständig sind die Erziehungsgeldstellen (Sachgebiete Familienhilfe der Ämter für Familie und Soziales).

## Thüringen

76 Ab Anfang 2006 gilt das neue Thüringer Familienförderungsgesetz. Danach zahlt das Land für das dritte Lebensjahr eines Kindes allen Eltern unabhängig von ihrem Einkommen ein monatliches Erziehungsgeld von 150 Euro für das erste Kind, 200 Euro für das zweite, 250 Euro für das dritte und 300 Euro für jedes weitere Kind. Während der Betreuung in einer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege reduziert sich dieser Anspruch der Eltern um 150 Euro. Zuständig sind die Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte.

## Unterhaltsvorschuss

77 Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz stellen eine besondere Sozialleistung - auch für den alleinerziehenden Elternteil - dar. Der Gesetzgeber hat sie vorgesehen, weil alleinerziehende Elternteile ihre Kinder in der Regel unter erschwerten Bedingungen erziehen und bei Ausfall von Unterhaltsleistungen des anderen Elternteils auch im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit für den von dem anderen Elternteil geschuldeten Unterhalt aufkommen müssen. Diese zusätzliche Belastung soll durch eine öffentliche Unterhaltsleistung aufgehoben oder wenigstens gemildert werden. Die öffentliche Unterhaltsleistung unterstützt den alleinerziehenden Elternteil damit in Situationen, in denen erwartete Unterhaltsleistungen des anderen Elternteils - gewissermaßen planwidrig und in besonders schwierigen Lebenslagen - ausbleiben.

Durch die Beschränkungen des Gesetzes (Ausgestaltung als vorübergehende Sozialleistung, Beschränkung auf den Regelbetrag) hat der Gesetzgeber aber eindeutig zum Ausdruck gebracht, dass die Leistung nicht als staatliche Unterhaltsausfallgarantie für Kinder bis zu deren wirtschaftlicher Selbständigkeit konzipiert war und ist, sondern in besonders schwierigen Lebens- und Erziehungssituationen helfen will. Aus diesem Grunde beschränkt sich die Unterhaltsleistung nach dem UVG auch darauf, für einen bestimmten Zeitraum den aktuellen Unterhalt zu sichern.

## Berechtigte

78 Unterhaltsleistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz erhält ein Kind, wenn es

- das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- in Deutschland bei einem seiner Elternteile lebt, der ledig, verwitwet oder geschieden ist oder von seinem Ehegatten dauernd getrennt lebt und
- nicht oder nicht regelmäßig Unterhalt von dem anderen Elternteil oder Waisenbezüge mindestens in Höhe des jeweils geltenden Regelbetrags nach der Regelbetrag-Verordnung bezieht.

Anspruch auf Unterhaltsleistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz besteht nicht, wenn der Elternteil bei dem das Kind lebt, mit dem anderen Elternteil zusammenlebt oder sich weigert, Auskünfte, die für die Durchführung des Gesetzes - insbesondere für den Rückgriff bei dem anderen Elternteil - notwendig sind, zu erteilen oder bei der Feststellung der Vaterschaft oder des Aufenthalts des anderen Elternteils mitzuwirken.

Ein ausländisches Kind hat nur dann Anspruch auf Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, wenn es selbst oder der Elternteil, bei dem es in Deutschland lebt, im Besitz einer Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke der Erwerbstätigkeit, des Familiennachzugs oder aus humanitären Gründen ist. Ein Anspruch besteht jedoch auch bei Besitz einer Aufenthaltserlaubnis nicht, wenn der Elternteil, bei dem das Kind lebt, als Arbeitnehmer von seinem im Ausland ansässigen Arbeitgeber zu vorübergehenden Dienstleistung nach Deutschland entsandt oder als Saisonarbeitnehmer oder Werkvertragsarbeitnehmer tätig ist.

## Leistungshöhe

79 Unterhaltsleistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz sind Unterhaltsvorschussleistungen

oder Unterhaltsausfalleistungen, deren Höhe sich wie der Unterhalt nach den für die betreffende Altersstufe festgelegten Regelbeträgen nach der Regelbetrag-Verordnung richtet.

Nach Abzug des halben Erstkindergeldes ergeben sich ab 01.07.2005 folgende Unterhaltsvorschussbeträge:

#### **in den alten Bundesländern:**

für Kinder bis unter 6 Jahren 127 Euro monatlich;

für ältere Kinder bis unter 12 Jahren 170 Euro monatlich.

#### **in den neuen Bundesländern:**

für Kinder bis unter 6 Jahren 111 Euro monatlich;

für ältere Kinder bis unter 12 Jahren 151 Euro monatlich.

Von diesen Beträgen werden Unterhaltszahlungen des anderen Elternteils oder Waisenbezüge abgezogen.

#### **Leistungszeitraum**

80 Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz werden grundsätzlich ab Antragstellung gezahlt. Rückwirkend können sie auch für den Monat vor dem Eingang des Antrags bei der Unterhaltsvorschuss-Stelle gezahlt werden, wenn es nicht an zumutbaren Bemühungen gefehlt hat, den unterhaltspflichtigen anderen Elternteil zu Unterhaltszahlungen zu veranlassen.

Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz werden insgesamt längstens 72 Monate gezahlt, dabei muss es sich nicht um einen zusammenhängenden Zeitraum handeln.

#### **Übergang von Unterhaltsansprüchen**

81 Hat das Kind einen Unterhaltsanspruch gegen den nicht mit ihm zusammenlebenden Elternteil, geht dieser für den Zeitraum und in der Höhe auf das Bundesland über, für den das Kind Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz erhalten hat. Wenn die Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz voraussichtlich auf längere Zeit gewährt werden, kann

das Land bis zur Höhe der bisherigen monatlichen Aufwendungen auch auf künftige Leistungen klagen. Der Unterhaltsschuldner kann gegenüber dem Land grundsätzlich keine Einwände erheben, die er nicht auch dem Kinde gegenüber erheben kann.

Der Übergang des Unterhaltsanspruchs kann nicht zum Nachteil des Kindes geltend gemacht werden. Hat das Kind einen Unterhaltsanspruch für die Zeit nach dem Leistungsbezug nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, geht der Anspruch des Kindes den Rückgriffsansprüchen des Landes gegenüber dem Unterhaltsverpflichteten vor. Das Land darf seine Ansprüche auf Unterhalt für vergangene Zeiten nur soweit geltend machen, als der Verpflichtete bei Erfüllung der laufenden Unterhaltsverpflichtung dem Kind gegenüber leistungsfähig ist.

#### **Ausgaben und Einnahmen**

82 Im Jahre 2005 haben rd. 490.000 Kinder Unterhaltsvorschuss bezogen. Die Ausgaben beliefen sich auf rd. 805 Mio. Euro. Davon tragen Länder und Gemeinden zwei Drittel und der Bund ein Drittel. Die Einnahmen aus dem Rückgriff bei den Unterhaltspflichtigen beliefen sich auf rd. 158 Mio. Euro, wovon der Bund entsprechend seinem Anteil an den Ausgaben ein Drittel erhalten hat.

#### **Verfahren**

83 Das Unterhaltsvorschussgesetz wird von den Ländern als eigene Angelegenheit ausgeführt. Sie bestimmen die zuständige Behörde. In der Regel ist dies das örtlich zuständige Jugendamt.

Über die Zahlung der Unterhaltsleistung wird auf schriftlichen Antrag des Elternteils, bei dem das Kind lebt oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes durch schriftlichen Bescheid entschieden. Die Unterhaltsleistung ist monatlich im Voraus zu zahlen. Auszahlende Beträge sind auf volle Euro aufzurunden; Beträge unter 5 Euro werden nicht geleistet. Für Zeiten, in denen für ein Kind zunächst Sozialgeld oder Sozialhilfe gezahlt wurde, ist der Unterhaltsvorschuss an den betreffenden Träger der Leistung zu erstatten.



# 19

## Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung; Bildungskredit und Aufstiegsfortbildungsförderung

### Leitgedanken

1 Individuelle Förderung der Ausbildung durch die öffentliche Hand bedeutet: Der Staat stellt dem einzelnen Auszubildenden die für den Lebensunterhalt und für die Ausbildung benötigten finanziellen Mittel während der Ausbildungszeit zur Verfügung. Diesen individuellen Unterhalts- und Ausbildungsbedarf zu decken, wurde immer als Aufgabe der Eltern und notfalls des Auszubildenden selbst angesehen. Der Staat beschränkte sich auf institutionelle Ausbildungsförderung, indem er die Ausbildungsstätten bereitstellte. Einer großen Zahl ausbildungsfähiger und ausbildungswilliger junger Menschen, deren Eltern nicht in der Lage waren, die hohen Aufwendungen während der oft vieljährigen Ausbildungszeit zu tragen, blieb damit eine gründliche, qualifizierende Ausbildung versagt.

2 Ende der Sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts hielt dies keine der politischen Kräfte in Bund und Ländern mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 I des Grundgesetzes, einem Grundgedanken der staatlichen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland, für vereinbar. Der soziale Rechtsstaat, der – soweit möglich – soziale Unterschiede durch eine differenzierte Sozialordnung auszugleichen hat, wurde vielmehr als verpflichtet angesehen, durch Gewährung individueller Ausbildungsförderung auf eine berufliche Chancengleichheit der jungen Menschen hinzuwirken. Er hat jedem die Ausbildung zu ermöglichen, die seiner Neigung, Eignung und Leistung entspricht und die er erhalte, wenn er und seine unmittelbaren Angehörigen in der Lage wären, die hierfür erforderlichen Mittel aufzuwenden.

Neben dem persönlichen Schicksal des Einzelnen war zu diesem Zeitpunkt auch das Interesse der Allgemeinheit an der Heranbildung eines qualifizierten, den Anforderungen unserer hoch industrialisierten Gesellschaft auch zahlenmäßig genügenden Nach-

wuchses gegeben und forderte somit eine erweiterte staatliche Mitwirkung an der Ausbildung. Als eine wesentliche Voraussetzung hierfür wurde angesehen, dass den Kindern aus Familien mit niedrigem und mittlerem Einkommen eine intensive Ausbildung durch individuelle Hilfen der öffentlichen Hand ermöglicht wurde.

### Entwicklung der Ausbildungsförderung

3 Die Ausbildungsförderung ist erst nach dem Zweiten Weltkrieg für größere Personenkreise ausgebaut worden. Vorher sahen nur die Kriegsopferversorgung, die öffentliche Fürsorge und die Arbeitslosenversicherung begrenzte Förderungsmöglichkeiten vor. Der Zweite Weltkrieg und seine Folgen brachten vielfach eine Unterbrechung, Verzögerung oder Verlängerung der Berufsausbildung der Jugendlichen mit sich. Zum Ausgleich dieser Schäden führten die Kriegsfolgegesetze eine Förderung der beruflichen Ausbildung ein.

4 Daneben wurden verschiedenartige Förderungsmöglichkeiten wie die Studienförderung nach den Honnefer und Rhöndorfer Modellen, die Ausbildungszulagen nach dem Kindergeldrecht (1965-1967) und zahlreiche auf Landesrecht beruhende Ausbildungshilfen entwickelt.

5 In den Jahren 1976 bis 1978 prüfte eine von der Bund-Länder-Kommission (BLK) für Bildungsplanung und Forschungsförderung eingesetzte Arbeitsgruppe, in der Wissenschaftler und Praktiker zusammenwirkten, die Grundstruktur des bestehenden Förderungsrechts des Bundes sowie seine Verbindung mit anderen Sozialleistungen und dem Steuerrecht.

6 Der Gesetzgeber ist der Arbeitsgruppe insoweit gefolgt, als sie sich bei der Vorlage des Entwurfs des

6 BAföGÄndG dafür aussprach, an dem System der subsidiären Finanzierung der individuellen Aufwendungen während der Ausbildungszeit festzuhalten, da es besonders geeignet sei, den sozialen Ausgleich gegenüber den Auszubildenden zu schaffen und den Zugang zu einer qualifizierenden Ausbildung chancengleich zu eröffnen. Dabei bleibt dies auf die Fälle des notwendigen sozialen Ausgleichs beschränkt.

7 Die Inanspruchnahme der Förderungsempfänger entsprechend ihrer späteren wirtschaftlichen Leistungskraft erfolgt im Rahmen des sozial strukturierten Besteuerungssystems.

8 In den Jahren 1981 und 1982 erfolgte eine erste Leistungsbegrenzung und Leistungsrückführung nach einem unerwarteten, sprunghaften Ausgabewachstum von mehr als 20% gegenüber dem Jahr 1979; das entspricht Mehrkosten von 312,7 Mio. DM über dem Ansatz des Bundes von 2.070 Mio. DM.

9 Die Änderungen erfolgten im Wesentlichen im 7. BAföGÄndG durch die

- Beschränkung der Förderung weiterer Ausbildungen auf Ausnahmefälle,
- Veränderung des Einkommensbegriffs, um Einnahmen in erweitertem Maße als anrechenbares Einkommen zu erfassen und
- das Heranziehen des ermittelten Einkommens für die Ausbildung, d. h. es wurde in stärkerem Maße auf den Bedarf angerechnet.

10 Trotzdem reichten die erzielten Einsparungen noch nicht aus. Daher wurden nach dem 2. HStruktG (Haushaltsstrukturgesetz) im Jahre 1981 weitere schwer wiegende Eingriffe in das BAföG vorgesehen; so wurde u. a. vom Schuljahr 1983/1984 an die Förderung auf die notwendig außerhalb des Elternhauses untergebrachten Schüler, die Auszubildenden in den Abendschulen und Kollegs, also des 2. Bildungswegs im eigentlichen Sinne, sowie eine Gruppe von Fachschülern beschränkt. Die Förderung der Studenten wurde vom Wintersemester 1983/84 an auf Vollدارlehen umgestellt.

Durch diese Maßnahmen wurde eine Basis für weitere Ausbildungsförderung gewonnen.

11 Mit den vorgenannten Änderungen war es gelungen, auf abgesehenem Niveau eine neue solide Finanzierungsgrundlage für die Ausbildungsförderung des Bundes zu schaffen. An der bereits im 7. BAfö-

GÄndG vorgesehenen Anhebung der Freibeträge zum Herbst 1983 wurde festgehalten und es konnte im 8. und 10. BAföGÄndG vorgesehen werden, dass die Bedarfssätze jeweils im Herbst 1984 und 1986 sowie die Freibeträge in den Jahren 1984 bis 1987 jeweils im Herbst anstiegen. Es wurden damit die Leistungsparameter im ausgleichenden Umfang angehoben. Die durchschnittliche Anhebung der Bedarfssätze um 2 v. H. zum Herbst 1988 und der Freibeträge um 3 v. H. jeweils zum Herbst 1988 und 1989 durch das 11. BAföGÄndG führte - wiederum in Verbindung mit der Preisstabilität - zu einem erneuten spürbaren Wertanstieg der Förderungsbeträge. Zudem war es möglich, durch das 9., 10. und 11. BAföGÄndG jeweils einige nicht unerhebliche Verbesserungen der Förderungsbestimmungen vorzunehmen.

12 In den Jahren 1987 bis 1990 erfolgte eine Weiterentwicklung und Reform des BAföG

13 Auf der Basis einer wiedergewonnenen Stabilität der Finanzierung der Ausbildungsförderung wurden in den Jahren 1987 bis 1989 - neben der Verabschiedung des 11. BAföGÄndG - Arbeiten zur Stabilisierung und Verbesserung des BAföG durchgeführt.

14 Durch das 12. BAföGÄndG, das für Schüler in Klasse 10 berufsbildender Schulen durch das 13. BAföGÄndG im Dezember 1990 noch geringfügig nachgebessert wurde, sind die Förderungsleistungen

- für Schüler berufsbildender Schulen und der Ausbildungsstätten des 2. Bildungswegs zur Fachhochschulreife, auch wenn die Ausbildung vom Elternhaus aus durchgeführt werden kann, wieder aufgenommen worden,
- insbesondere für Auszubildende an Hochschulen qualitativ wesentlich verbessert worden (50 v. H. des Betrages wurden als Zuschuss geleistet, eine einjährige Studienabschlussförderung wurde eingeführt) und
- durch Anhebung insbesondere der relativen Freibeträge weit in den Bereich der Eltern mit mittlerem Einkommen ausgedehnt worden.

Insgesamt war damit eine Leistungshöhe erreicht, die die vor den Leistungseinschränkungen in den Jahren 1981/82 bestehende Leistungshöhe merklich überragte.

15 Die Ausbildungsförderung wurde in den Jahren 1996, 1998 und 1999 erneut novelliert.



16 Die zum Ende der 12. Legislaturperiode beabsichtigte Novellierung des BAföG fand nicht die Zustimmung des Bundesrates. Daher legte die Bundesregierung zunächst zu Beginn der 13. Legislaturperiode ein 17. BAföGÄndG erneut vor, dessen Verbesserungen aber erst im Herbst 1995 wirksam wurden.

17 Die weitere Entwicklung gestaltete sich außerordentlich schwierig, denn es mussten

- die Folge der notwendigen Transferleistungen in die neuen Länder,
- die zur Erfüllung der „Maastricht-Kriterien“ erforderlichen Beschränkung der Neuverschuldung und
- die Konjunktur- und Strukturschwäche der deutschen Wirtschaft

beachtet werden.

18 Es erfolgte eine Anhebung der Förderungsleistungen um 6%, kompensiert durch Änderungen am zinslosen Staatsdarlehen in der Studentenförderung

19 Bund und Länder verständigten sich darauf, die verzinslichen Darlehen im Wesentlichen nur für die Fälle vorzusehen, in denen im Tertiärbereich Ausbildungsförderung über die Förderungshöchstdauer hinaus geleistet wird. Die nur in geringem Umfang vermehrt zur Verfügung stehenden Mittel wurden dann im 18. BAföGÄndG durch geringfügige Leistungsverbesserungen realisiert.

20 Mit dem 19. Gesetz zur Änderung des BAföG vom 25.06.1998 sind Schlussfolgerungen aus dem 12. Bericht nach § 35 BAföG gezogen worden. § 35 fordert die Bundesregierung auf, alle 2 Jahre einen umfassenden Bericht zum BAföG abzugeben. Im Hinblick auf die Veränderungen der Lebenshaltungskosten und die Entwicklung der Einkommensverhältnisse ist die finanzielle Situation der geförderten Auszubildenden durch Anhebung der Freibeträge, Bedarfssätze und Anpassung der Sozialpauschalen erneut verbessert worden. Weiterhin wurde durch Aufnahme entsprechender Förderungsvorschriften die Erprobung von Bachelor-/Bakkalaureus und Master-/Magisterstudiengängen finanziell abgesichert. Des Weiteren wurden im Rahmen der Gleichbehandlung die Vorschriften der Vermögensanrechnung geändert.

21 Mit dem 20. Gesetz zur Änderung des BAföG vom 07.05.1999 ist die finanzielle Situation der geförderten Auszubildenden durch die Anhebung der Bedarfssätze und der Freibeträge zum Herbst 1999

erheblich verbessert worden. Im Übrigen bleibt eine Auslandsausbildung von längstens bis zu einem Jahr künftig bei der Leistung von Ausbildungsförderung für eine Ausbildung im Inland wieder unberücksichtigt. Mit der Umstellung der Förderungsart von verzinslichem Bankdarlehen auf Zuschuss und Staatsdarlehen wurde sichergestellt, dass Studienzeitverlängerungen aus schwerwiegenden Gründen sowie Gremientätigkeit und Mitarbeit in der studentischen Selbstverwaltung nicht mehr zu finanziellen Nachteilen für die Studierenden führen. Weiterhin wurde ein Fachrichtungswechsel aus wichtigem Grund bis zum Beginn des vierten Fachsemesters ermöglicht. Weiterhin erfolgte eine Verlängerung der befristet eingeführten Hilfe zum Studienabschluss bis zum 30.09.2001. Des Weiteren erfolgte im Interesse der Rechtsklarheit die Streichung einer Reihe von Regelungen des BAföG, die durch Zeitablauf gegenstandslos geworden sind sowie die Einfügung der aktuellen Behördenbezeichnung „Bundesministerium für Bildung und Forschung“ in das BAföG. Ferner erfolgte die Anhebung der Bedarfssätze der Berufsausbildungsbeihilfe nach SGB III und der Freibeträge bei der Förderung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen nach dem SGB III zum Herbst 1999.

22 Mit dem Gesetz zur Reform und Verbesserung der Ausbildungsförderung - Ausbildungsförderungsreformgesetz - (AföRG) vom 19.03.2001 erfolgte eine zweite, umfassende Änderung des BAföG. Mit diesem am 01.04.2001 in Kraft getretenen Gesetz wurde das bereits in der Koalitionsvereinbarung vom 20.10.1998 festgelegte Ziel umgesetzt, die Ausbildungsförderung durch eine grundlegende Reform nachhaltig zu verbessern und ihr dauerhaft eine solide Grundlage zu verschaffen.

23 Das Reformgesetz enthält erhebliche strukturelle Veränderungen und Vereinfachungen bei der Einkommensanrechnung und Bedarfsermittlung:

- durch generelle Nichtanrechnung des Kindergeldes beim Einkommen der Eltern,
- durch eine erhebliche Ausweitung der Auslandsförderung beim Auslandsstudium. (Im Inland begonnene und für mindestens 2 Semester durchgeführte Studien können künftig an jedem Studienort innerhalb der Europäischen Union nicht mehr nur für wenige Semester, sondern ggf. auch bis zum Abschluss innerhalb der Förderungshöchstdauer zu Inlandssätzen gefördert werden),

- durch Gleichstellung von Studierenden aus Ost und West,
- durch Änderung der Voraussetzungen bei Masterstudiengängen, die auf einem Bachelor aufbauen, denn sie müssen nicht mehr streng fachidentisch sein, sondern werden generell dann gefördert, wenn sie den Bachelorstudiengang in einem für den angestrebten Beruf besonders förderlichen Maß ergänzen,
- durch Einführung einer festen Belastungsgrenze von 10.000 Euro bei der „normalen“ Förderung mit Zuschuss und Staatsdarlehen für die ab dem 01.03.2001 begonnenen Ausbildungsabschnitte, bis zu der der einzelne BAföG-Empfänger die erhaltenen Förderleistungen höchstens zurückzahlen muss,
- durch die Regelung bei der Hilfe zum Studienabschluss, dass der Auszubildende auch nach einer Überschreitung der Förderungshöchstdauer, aus welchen Gründen auch immer, noch eine Förderung – dann aber mit Bankdarlehen – erhalten kann,
- durch bedarfsgerechte Berücksichtigung bei der Bemessung der Förderungshöchstdauer bei der Studienverzögerung wegen der Pflege und Erziehung von Kindern bis zum 10. Lebensjahr, und
- bei den Beträgen durch eine massive Anhebung der Bedarfssätze und Freibeträge sowie die Anpassung der Sozialpauschalen.

24 Mit dem Reformgesetz wurden auch zur Durchführung des BAföG erforderliche Verordnungen und Verwaltungsvorschriften novelliert.

25 Mit dem 21. Gesetz zur Änderung des BAföG vom 02.12.2004 wurden neben einigen Klarstellungen und Rechtsbereinigungen, die durch zwischenzeitliche Entwicklungen erforderlich geworden waren, die mit dem Ausbildungsförderungsreformgesetz bereits begonnene Entbürokratisierung und Verwaltungvereinfachung im BAföG weiter geführt. Nachfolgend sind die wichtigsten Maßnahmen vorgestellt:

26 Es wurde klar gestellt, dass zur Überprüfung von verschwiegenen Kapitalerträgen der automatisierte Datenabgleich eingesetzt werden darf. Zugleich wurde die bestehende Ordnungswidrigkeitsvorschrift des § 58 BAföG neu formuliert, um noch deutlicher

zu machen, dass der Antragsteller und seine Eltern bzw. sein Ehegatte Angaben stets wahrheitsgemäß machen müssen, unabhängig davon, ob ein zusätzliches förmliches Auskunftsverlangen des Amts für Ausbildungsförderung vorliegt.

27 Die Regelungen zur Darlehensrückzahlung lassen künftig sowohl beim Bank- als auch beim Staatsdarlehen vorzeitige Rückzahlungen auch in kleineren Teilbeträgen zu, sodass eine frühzeitige Rückführung der Darlehenslast und damit bei Bankdarlehen auch der Zinsbelastung nicht durch prohibitiv hohe Mindestsummen erschwert wird.

28 Es wird darauf verzichtet, dass Auszubildende, die erstmalig einen Fachrichtungswechsel vornehmen, dies besonders begründen müssen, wobei dies bei Studierenden nur innerhalb der ersten beiden Fachsemester gilt.

29 Die Förderungsausschüsse, die bislang bei Entscheidungen über Fachrichtungswechsel, Zweitausbildungen sowie bei Überschreiten der Altersgrenze beteiligt werden mussten, werden abgeschafft.

30 Der Beseitigung nicht angemessener Förderungsergebnisse dienen die künftig einheitliche Anknüpfung an den Termin der Antragstellung für die Bewertung von Auszubildendenvermögen auch in Form von Wertpapieren sowie der Ausschluss anderweitig bereits kranken- und pflegeversicherter Auszubildender vom zusätzlichen Kranken- und Pflegeversicherungszuschlag.

31 In Umsetzung EU-rechtlicher Vorgaben des Freizügigkeitsrechts und Diskriminierungsverbots sind jetzt auch (dritt-)ausländische Ehegatten von EU-Wanderarbeitnehmern grundsätzlich BAföG-berechtigt, wie dies bei Ehegatten von Deutschen gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 7 BAföG bereits vorher der Fall war.

32 Seit Anfang der 90er Jahre hat das BAföG weitere Änderungen durch die folgenden Artikelgesetze erfahren:

- Gesetz zur Sicherung der Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.1992.

Es wurde die förderungsrechtliche Bedarfsregelung zur studentischen Krankenversicherung ergänzt.

- Gesetz zur Ausführung des Abkommens vom 02.05.1992 über den Europäischen Wirt-

schaftsraum (EWR-Ausführungsgesetz) vom 27.04.1993.

Es erfolgte die förderungsrechtliche Gleichstellung der Staatsangehörigen eines anderen Vertragsstaates des EWR-Abkommens mit den Staatsangehörigen eines anderen EG-Mitgliedstaates.

- Zweites Gesetz zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (2. G. SKWPG) vom 21.12.1993.

Ausschluss der Förderung nach dem BAföG, wenn der Auszubildende Leistungen zum Lebensunterhalt nach den §§ 41 bis 47 des Arbeitsförderungsgesetzes erhält, Neuregelung der förderungsmindernden Berücksichtigung von Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz als Einkommen.

- Zweites Gesetz zur Bereinigung von SED-Unrecht (Zweites SED-Unrechtsbereinigungsgesetz – 2. SED-UnBerG) vom 23.06.1994.

Es sieht für Opfer politischer Verfolgung durch SED-Unrecht für den Bereich des BAföG die Aufhebung der Altersgrenze von 30 Jahren für die Förderung vor, wenn der Ausbildungsabschnitt vor dem 01.01.1998 beginnt. Dies gilt für Schüler und Studenten gleichermaßen. Ferner wird auf Antrag der nach dem 31.12.1990 geleistete Darlehensbetrag erlassen, sofern in einer besonderen Bescheinigung eine Verfolgungszeit oder verfolgungsbedingte Unterbrechung der Ausbildung von mehr als 3 Jahren festgestellt wird.

- Gesetz zur Einführung des Euro im Sozial- und Arbeitsrecht sowie zur Änderung anderer Vorschriften (4. Euro-Einführungsgesetz) vom 21.12.2000.

Dieses Gesetz änderte durch Art. 18 eine wichtige grundsätzliche Bestimmung im BAföG. Es erfolgte die Neufassung des § 28 Abs. 1 BAföG, denn das Bundesverfassungsgericht hatte in seinem Beschluss vom 02.02.1999 (1 BvL 8/97; BVerfGE 100, 195 ff; BGBL. I, S. 1983) entschieden, dass § 28 Abs. 1 Satz 1 BAföG gegen den allgemeinen Grundsatz des Art. 3 Grundgesetz verstößt, soweit Grundstücke bei der Berechnung des auf den Bedarf anzurechnenden Vermögens des Auszubildenden lediglich mit dem Einheitswert berücksichtigt werden,

während anderes Vermögen des Auszubildenden mit dem Kurs- oder Zeitwert angesetzt wird. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, bis zum 31.12.2000 eine verfassungskonforme Regelung zu treffen. Mit der Neufassung des § 28 Abs. 1, die am 01.01.2001 in Kraft getreten ist, wurde dieser Vorgabe Rechnung getragen. Danach werden bei der Anrechnung des Vermögens des Auszubildenden auch Grundstücke mit dem Zeitwert, d. h. dem Verkehrswert zum Zeitpunkt der Antragstellung, berücksichtigt. Dasselbe gilt für Betriebsvermögen, die bislang ebenfalls nur mit dem Einheitswert berücksichtigt worden sind.

- Durch das Zweite Gesetz zur Familienförderung vom 16.08.2001 ist das Kindergeld ab 2002 für das erste und zweite Kind um monatlich 31,20 DM auf 154 Euro (301,20 DM) gestiegen. Damit erhalten Eltern für die ersten drei Kinder künftig jeweils 154 Euro und für jedes weitere Kind 179 Euro. Der allgemeine Kinderfreibetrag wurde ebenfalls ab dem 01.01.2002 angehoben. Für das sächliche Existenzminimum werden 3.649 Euro jährlich freigestellt.

Der Betreuungsfreibetrag von 3.024 DM, den die Bundesregierung im Jahr 2000 eingeführt hat, wurde entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts ab dem Jahr 2002 zu einem „Freibetrag für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung“ von 2.160 Euro (4.224 DM) ausgebaut, der für alle zu berücksichtigenden Kinder gilt. Insgesamt sind die steuerlich für jedes Kind zu berücksichtigenden Freibeträge auf rd. 5.808 Euro gestiegen. Die bisherigen Ausbildungsfreibeträge auch § 33a Abs. 2 EStG sind darin aufgegangen und kommen deshalb letztmals für 2001 zur Anwendung.

Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und für einen Beruf ausgebildet werden, können kindergeldrechtlich nur dann berücksichtigt werden, wenn ihre Einkünfte und Bezüge, die zur Bestreitung des Unterhalts oder der Berufsausbildung bestimmt oder geeignet sind, in den Jahren 2002 und 2003 den Betrag von 7.680 Euro übersteigen. Dieser Betrag entspricht jeweils dem einem alleinstehenden Erwachsenen steuerfrei belassenen Existenzminimum. Zu berücksichtigen sind die Einkünfte des Kindes und die zur Bestreitung des Unterhalts und der Berufsausbildung bestimmten oder geeigneten Bezüge.

- Besondere Ausbildungskosten mindern die Höhe der Einkünfte und Bezüge eines Kindes.
- Daneben kommt ab 2002 ein Freibetrag zur Abgeltung des Sonderbedarfs eines sich in Berufsausbildung befindenden, auswärtig untergebrachten, volljährigen Kindes von jährlich bis zu 924 Euro zum Abzug.
- Das Gesetz zur Änderung rehabilitierungsrechtlicher Vorschriften vom 20.12.2001. Durch § 60 BAföG, der durch das Zweite Gesetz zur Bereinigung von SED-Unrecht (2. SED-UnBerG) vom 23.06.1994 in das BAföG aufgenommen wurde, wird den Opfern politischer Verfolgung durch SED-Unrecht die Aufnahme einer Ausbildung erleichtert, indem Ausbildungsförderung ohne Anwendung der Altersgrenze gewährt und der zur Förderung geleistete Darlehensbetrag erlassen werden können. Mit Artikel 4 des Gesetzes zur Änderung rehabilitierungsrechtlicher Vorschriften vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I, S. 3986) wurde in § 60 BAföG die Frist erneut verlängert, bis zu der eine entsprechend privilegiert geförderte Ausbildung begonnen werden kann. Nunmehr finden die Vergünstigungen des § 60 BAföG für Ausbildungsabschnitte Anwendung, die vor dem 1. Januar 2003 begonnen haben.
  - Der Familienleistungsausgleich vom 16.08.2002. Die vom Bundesverfassungsgericht zuletzt in seine Entscheidung vom 10.11.1998 geforderte Steuerfreistellung von Elterneinkommen in Höhe des sächlichen Bedarfs sowie des Betreuungs- und Erziehungsbedarfs eines Kindes wird nach § 31 EStG durch Zahlung von Kindergeld oder durch Abzug der Freibeträge für Kinder bewirkt. Erreicht das im Laufe des Jahres ausgezahlte Kindergeld die Höhe der steuerlichen Wirkung der Freibeträge für Kinder, verbleibt es beim Kindergeld, und es kommt nicht zum Abzug der Freibeträge für Kinder. Erreicht das Kindergeld nicht die steuerliche Wirkung der Freibeträge für Kinder, so werden diese vom Einkommen abgezogen und das bereits erhaltene Kindergeld verrechnet. In diesem Fall beschränkt sich der Familienleistungsausgleich auf die gebotene Steuerfreistellung. Soweit das Kindergeld über den für diesen Zweck erforderlichen Betrag hinausgeht, dient es der Förderung der Familien und zwar vornehmlich der Familien mit geringerem Einkommen und mehreren Kindern.
  - Gesetz zur Neustrukturierung der Förderbanken des Bundes vom 15.08.2003. Es handelt sich um die durch die Zusammenlegung der Deutschen Ausgleichsbank (DtA) und Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) bedingten Folgeänderungen. Der Begriff DtA war durch den Begriff KfW zu ersetzen, da die Kreditanstalt für Wiederaufbau die Aufgabe der staatlichen Bildungsförderung übernommen hat.
  - Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2003 (Hartz III). Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Zusammenfassung des Arbeitslosengeldes und Unterhaltsgeldes zu einer einheitlichen Versicherungsleistung bei Arbeitslosigkeit und bei beruflicher Weiterbildung sowie zur Umbenennung der Bundesanstalt für Arbeit.
  - Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003 (Hartz IV). Es handelt sich um Folgeänderungen zur Aufhebung der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe im Rahmen der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende mit dem SGB II. An die Stelle der Arbeitslosenhilfe sind seit dem 01.01.2005 die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II getreten.
  - Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises des BAföG auf das Bundessozialhilfegesetz.
  - Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern vom 30.06.2004. Durch die Änderung des § 5 Abs. 1 S.1 BAföG wird den ausländischen Auszubildenden, die nach § 8 Abs. 1 BAföG förderungsrechtlich deutschen Staatsangehörigen gleichgestellt sind, die Möglichkeit eröffnet, Ausbildungsförderung für eine als „Grenzpendler“ im grenznahen Ausland durchgeführte Ausbildung zu erhalten. Zudem können durch die Neufassung des § 5 Abs. 2 Satz 4 BAföG künftig auch ausländische Auszubildende nach § 8 Abs. 2 BAföG ohne weiteres Ausbildungsförderung für im Rahmen einer Inlandsausbildung befristet durchgeführte Auslandsausbildungen beanspruchen. Die bis-

herige Beschränkung der Auslandsförderung für ausländische Auszubildende auf die Fälle, in denen der Auslandsaufenthalt in den Ausbildungsbestimmungen zwingend vorgeschrieben ist, entfällt. Die Förderung bis zum Abschluss der Ausbildung an einer Ausbildungsstätte im EU-Ausland (§ 5 Abs. 2 Nr. 3 BAföG) bleibt dagegen weiterhin Auszubildenden nach § 8 Abs.1 BAföG vorbehalten.

Die Änderungen in § 8 BAföG vollziehen eine Anpassung der Bezugnahmen des BAföG an die mit dem Zuwanderungsgesetz geänderten ausländischen Vorschriften.

## Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften

33 Durch Ermächtigungen im BAföG wurden die nachfolgenden Rechtsnormen (Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften) erlassen und werden ständig dem aktuellen Recht angepasst:

- die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum BAföG (BAföGVwV)
- die Verordnung über die Zuschläge zu dem Bedarf nach dem BAföG bei einer Ausbildung im Ausland (AuslandszuschlagsV)
- die Verordnung über die örtliche Zuständigkeit für Ausbildungsförderung im Ausland (AuslandszuständigkeitsV)
- die Verordnung über die Errichtung eines Beirates für Ausbildungsförderung (einschließlich der Geschäftsordnung des Beirates) (BeiratsV)
- die Verordnung über die Einziehung der nach dem BAföG geleisteten Darlehen (DarlehensV)
- die Verordnung zur Bezeichnung der als Einkommen geltenden sonstigen Einnahmen nach § 21 Abs. 3 Nr. 4 des BAföG (EinkommensV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für den Besuch von Instituten zur Ausbildung von Fachlehrern und Sportlehrern (FachlehrerV)
- die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bestimmung der Formblätter nach § 46 Abs. 3 des BAföG (FormblattVwV)
- die Verordnung über Zusatzleistungen in Härtefällen nach dem BAföG (HärteV)

- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für den Besuch von Ausbildungsstätten für kirchliche Berufe (KirchenberufeV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für Medizinalfachberufe (MedizinalfachberufeV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für den Besuch von Ausbildungsstätten für Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychotherapie (PsychThV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für den Besuch von Ausbildungsstätten, an denen Schulversuche durchgeführt werden (SchulversucheV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für soziale Berufe (SozPflegerV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für den Besuch von Ausbildungsstätten für landwirtschaftlich-technische, milchwirtschaftlich-technische und biologisch-technische Assistentinnen und Assistenten (Techn.AssistentenV)
- die Verordnung über den leistungsabhängigen Teilerlass von Ausbildungsförderungsdarlehen (TeilerlassV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für den Besuch der Trainerakademie Köln (TrainerV)
- die Verordnung über die Ausbildungsförderung für die Teilnahme an Vorkursen zur Vorbereitung des Besuchs von Kollegs und Hochschulen (VorkursAFöV)

## Deutsche Einheit

34 Wie bei vielen anderen Lebens- und Rechtsgebieten hat die Herstellung der Deutschen Einheit auch zu wichtigen Folgerungen auf dem Gebiet der individuellen Ausbildungsförderung geführt. Der Geltungsbereich des BAföG – mit einigen Modifikationen – wurde durch den Einigungsvertrag mit Wirkung vom 01.01.1991 auf das Beitrittsgebiet ausgedehnt. Es wurde angenommen, dass in dem neuen Teil der Bundesrepublik Deutschland von dem genannten Zeitpunkt an etwa 220.000 Auszubildende in Schulen und Hochschulen mit einem jährlichen Gesamtaufwand von rd. 1,25 Mrd. DM zu fördern seien.



35 Nach einer Übergangszeit von 10 Jahren gilt das BAföG ab dem 01.04.2001 einheitlich in allen Bundesländern.

## Aufgaben der Ausbildungsförderung

### Allgemeines

36 Jeder Auszubildende hat einen Rechtsanspruch auf individuelle Ausbildungsförderung bei einer der Neigung, Eignung und Leistung entsprechenden Ausbildung, wenn ihm die für seinen Lebensunterhalt und seine Ausbildung erforderlichen Mittel anderweitig nicht zur Verfügung stehen. Dazu muss er grundsätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und seine Leistungen müssen erwarten lassen, dass er sein angestrebtes Ausbildungsziel erreicht. Dies wird angenommen, solange er z. B. die Ausbildungsstätte besucht. Eine Altersgrenze darf bei der Antragstellung nicht überschritten sein. Damit wird dem Auszubildenden unabhängig von der wirtschaftlichen Situation seiner Familie die Ausbildung ermöglicht, für die er sich nach seinen Interessen und Fähigkeiten entschieden hat. Das BAföG ist zusammen mit dem seit 1999 deutlich erhöhten Kindergeld, den steuerlichen Entlastungen durch Kinder- und Ausbildungsfreibeträgen sowie der seit dem 01.04.2001 massiven Anhebung der Bedarfssätze und Freibeträge sowie der Anpassung der Sozialpauschalen durch das Ausbildungsförderungsreformgesetz eine wichtige Maßnahme des Familienleistungsausgleichs.

37 Die finanzielle Förderung von Schülern und Studenten ist durch das BAföG in der Fassung vom 06.06.1983 (BGBl. I, S. 645), zuletzt geändert durch das 21. BAföGÄndG vom 02.12.2004 (BGBl. I, S. 3127) geregelt.

38 Neben Deutschen können auch bestimmte, im Gesetz deklarierte ausländische Auszubildende auf Antrag Förderung nach dem BAföG erhalten.

Wenn die Fragen:

- Ist die Ausbildung förderungsfähig?  
und
- Sind die persönlichen Förderungsvoraussetzungen nach dem BAföG gegeben?

positiv beantwortet werden können und die Frage

- Ist der Ausbildungsbedarf nicht durch eigenes Einkommen und Vermögen sowie das Einkom-

men des Ehegatten oder der leiblichen Eltern gedeckt?

negativ zu beantworten ist, besteht grundsätzlich eine Förderungsmöglichkeit nach dem BAföG.

39 Studierende werden beim Besuch von Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen gefördert. Sie erhalten die Förderungsleistungen zur Hälfte als Zuschuss und zur Hälfte als Staatsdarlehen; in Sonderfällen als verzinsliches Bankdarlehen. Die Gesamtbelastung des Staatsdarlehens ist, für Ausbildungsabschnitte, die nach dem 28.02.2001 begonnen haben, gedeckelt worden und auf maximal 10.000 Euro begrenzt.

40 Die Förderung an berufsbildenden Schulen beträgt mindestens drei Jahre. Die Förderungszeiten (Förderungshöchstdauer) für den Besuch von Höheren Fachschulen und Hochschulen sind im Gesetz und ergänzend in einer besonderen Verordnung nach Fachrichtungen festgesetzt.

41 Die Bedarfssätze für Schüler und Studenten sind pauschaliert. Auf die Bedarfssätze wird Einkommen und Vermögen des Auszubildenden angerechnet. In Ausnahmefällen werden die Leistungen ohne Anrechnung des Elterneinkommens gewährt (Elternunabhängige Förderung).

### Betriebliche oder überbetriebliche Ausbildungen

42 So genannte Ausbildungen im dualen System werden nach dem BAföG nicht gefördert. Dies gilt auch für den Besuch der Berufsschule.

43 Den individuellen Unterhalts- und Ausbildungsbedarf zu decken, ist grundsätzlich Aufgabe der Eltern oder des Auszubildenden selbst. Der Staat beschränkte sich vor Einführung des BAföG traditionell auf eine institutionelle Ausbildungsförderung, indem er die Ausbildungsstätten bereitstellte.

Individuelle Förderung der Ausbildung durch die öffentliche Hand bedeutet, dass der Staat dem einzelnen Auszubildenden die für Lebensunterhalt und Ausbildung während der Ausbildungszeit benötigten finanziellen Mittel zur Verfügung stellt. Wer an einer Ausbildung teilnimmt, die seiner Neigung, Eignung und Leistung entspricht, hat nach dem SGB I - Allgemeiner Teil - ein Recht auf individuelle Förderung seiner Ausbildung, wenn ihm die hierfür erforderlichen Mittel nicht anderweitig zur Verfügung stehen.



Das BAföG hat nicht alle Bereiche der Ausbildungsförderung zusammengefasst.

### Weitere Regelungen individueller Ausbildungsförderung

44 Weitere, wesentliche Hilfen zur Schulausbildung, zur betrieblichen und schulischen Berufsausbildung sind auch besonderen Regelungen vorbehalten, so der

#### Arbeitsförderung (SGB III)

45 Die Förderung der betrieblichen und überbetrieblichen Berufsausbildung sowie der Teilnahme an berufsvorbereitenden Maßnahmen als Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit richtet sich nach dem Recht der Arbeitsförderung. Auszubildende erhalten Berufsausbildungsbeihilfe als Zuschuss oder Darlehen. Die Höhe der Beihilfe bestimmt sich nach dem Bedarf und hängt vom Einkommen des Auszubildenden, seines Ehegatten und seiner Eltern ab. Dem Bedarf sind bestimmte Kosten, etwa Fahrtkosten und Kosten für Lernmittel und Lehrgangsgebühren, hinzuzurechnen. In ähnlicher Weise fördert die Bundesagentur für Arbeit die berufliche Bildung behinderter Menschen z. B. in besonderen Ausbildungsstätten und Werkstätten für behinderte Menschen. Teilnehmer an diesen berufsfördernden Bildungsmaßnahmen erhalten ebenfalls eine Berufsausbildungsbeihilfe.

#### Kriegsopferversorgung

46 Auch die Erziehungsbeihilfen nach dem Bundesversorgungsgesetz sind bestehen geblieben, weil sie meist höher sind und ihre Voraussetzungen gegenüber denen der Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz teilweise erheblich abweichen. Erziehungsbeihilfen kommen z. B. den Kindern von Kriegsbeschädigten, geschädigten Bundeswehrsoldaten und Zivildienstangehörigen zugute und haben Vorrang vor den Leistungen nach dem BAföG.

#### Kriegsfolgengesetze

47 Das BAföG lässt außerdem die Bestimmungen der Kriegsfolgengesetze wie Lastenausgleichs-, Häftlingshilfe- und Heimkehrergesetz und des Bundesentschädigungsgesetzes unberührt, weil diese Ausbildungsleistungen auslaufen. Auch diese Förderung hat Vorrang gegenüber der BAföG-Förderung. Die Zahl der Empfänger von Ausbildungshilfe und die Höhe der Aufwendungen sind in diesen Bereichen nur noch sehr gering.

### Berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation

48 Ausbildungsförderung ist auch möglich als berufsfördernde Maßnahme zur Rehabilitation nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, der Arbeitsförderung und der Kriegsopferversorgung (Übergangsgeld). Von dieser beruflichen Förderung werden in erster Linie Personen begünstigt, die im Arbeitsleben gestanden haben und nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können und eine Zweitausbildung beginnen. Allerdings werden vornehmlich in der Unfallversicherung für Studenten, Schüler und Kindergartenkinder auch Erstausbildungen finanziert.

#### Jugendhilfe

49 Schließlich gibt es noch die besonderen Erziehungsmaßnahmen der Jugendhilfe für junge Menschen, die ihre Schul- und Berufsausbildung in Heimen, Heimsonderschulen und Heimwerkstätten erhalten. Die Leistung hat subsidiären Charakter, tritt also nur ein, wenn andere Hilfen nicht gegeben werden können oder nicht ausreichen.

#### Hochbegabtenförderung

50 Die Hochbegabtenförderung bleibt unverändert Aufgabe der besonderen Förderungswerke, die ihre Stipendiaten nach besonderen Kriterien auswählen. Die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses auf öffentliche Kosten durch das Graduiertenförderungsgesetz ist Ende 1983 ausgelaufen, allerdings sind die gezahlten Darlehen auch über diesen Zeitpunkt hinaus zurückzuzahlen.

51 Es gibt folgende Förderungswerke:

#### Cusanuswerk

Bischöfliche Studienförderung  
Baumschulallee 5, 53155 Bonn  
Tel.: (02 28) 9 83 84-0  
Internet: [www.cusanuswerke.de](http://www.cusanuswerke.de)

#### Evangelisches Studienwerk e. V. (Haus Villigst)

Iserlohner Straße 25, 58239 Schwerte  
Tel.: (0 23 04) 7 55-196  
E-Mail: [info@evstudienwerk.de](mailto:info@evstudienwerk.de)  
Internet: [www.evstudienwerk.de](http://www.evstudienwerk.de)

#### Friedrich-Ebert-Stiftung e. V.

Abteilung Studienförderung  
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn  
Tel.: (02 28) 8 83-0  
Internet: [www.fes.de](http://www.fes.de)

**Friedrich-Naumann-Stiftung**

Referat Wissenschaftliche Dienste und Begabtenförderung  
Königswinterer Straße 409, 53639 Königswinter  
Tel.: (0 22 23) 7 01-3 49  
E-Mail: [fnst@fnst.org](mailto:fnst@fnst.org)  
Internet: [www.fnst.de](http://www.fnst.de)

**Hans-Böckler-Stiftung e. V.**

Bertha-von-Suttner-Platz 3, 40227 Düsseldorf  
Tel.: (0211) 77 78-0  
Internet: [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)

**Förderungswerk Hanns-Seidel-Stiftung e. V.**

Lazarettstraße 33, 80636 München  
Tel.: (0 89) 12 58-3 00  
E-Mail: [info@hss.de](mailto:info@hss.de)  
Internet: [www.hss.de](http://www.hss.de)

**Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.**

Rathausallee 12, 53757 Sankt Augustin  
Tel.: (0 22 41) 24 60  
E-Mail: [zentrale@kas.de](mailto:zentrale@kas.de)  
Internet: [www.kas.de](http://www.kas.de)

**Stiftung der Deutschen Wirtschaft**

Studienförderwerk Klaus Murmann  
Uhlandstraße 29, 10719 Berlin  
Tel.: (0 30) 20 33-15 03  
E-Mail: [Studienfoerderwerk.sdw@bda-online.de](mailto:Studienfoerderwerk.sdw@bda-online.de)  
Internet: [www.sdw.org](http://www.sdw.org)

**Heinrich-Böll-Stiftung e. V.**

Rosenthaler Straße 40-41, 10178 Berlin  
Tel.: (0 30) 2 85 34-0  
E-Mail: [info@boell.de](mailto:info@boell.de)  
Internet: [www.boell.de](http://www.boell.de)

**Studienstiftung des Deutschen Volkes**

Mirbachstraße 7, 53173 Bonn  
Tel.: (02 28) 8 20 96-0  
E-Mail: [info@studienstiftung.de](mailto:info@studienstiftung.de)  
Internet: [www.studienstiftung.de](http://www.studienstiftung.de)

**Bundesstiftung Rosa Luxemburg e. V.**

Franz-Mehring-Platz 1, 10243 Berlin  
Tel.: (0 30) 29 78 42 21  
Internet: [www.rosaluxemburgstiftung.de](http://www.rosaluxemburgstiftung.de)

**Stipendium für besonders Begabte**

nach dem Bayerischen Begabtenförderungswerk

**Schülerförderung**

52 Schüler erhalten Ausbildungsförderung nach dem BAföG nur, wenn sie weiterführende allge-

meinbildende Schulen und berufsbildende Schulen (einschließlich des Berufsgrundbildungsjahres) besuchen und wenn sie aus ausbildungsbezogenen Gründen notwendig auswärts untergebracht sein müssen.

53 Schüler ohne abgeschlossene Berufsausbildung in Berufsfachschul- und Fachschulklassen, die in einem wenigstens zweijährigen Bildungsgang einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln, erhalten nur dann den erhöhten Bedarfssatz für eine auswärtige Unterbringung, wenn sie notwendigerweise auswärts untergebracht sind. Schüler von Fach- und Berufsfachschulklassen, die in zwei Jahren berufsqualifizierend abschließen, Schüler von Abendschulen und Kollegs sowie Schüler, die einen eigenen Haushalt führen und verheiratet sind oder waren oder mit mindestens einem Kind zusammenleben, haben einen Anspruch auf Ausbildungsförderung.

54 Zu Hause wohnende Schüler von weiterführenden allgemeinbildenden Schulen oder berufsbildenden Schulen, die nicht nach dem BAföG gefördert werden, können unter bestimmten Voraussetzungen Förderungsleistungen aufgrund von Ländervorschriften erhalten.

55 Zu beachten ist, dass Schüler - ohne abgeschlossene Berufsausbildung - an weiterführenden allgemein bildenden Schulen, Berufsfachschulen, Fach- und Fachoberschulen, nur dann Förderung mit erhöhtem Bedarfssatz für auswärtige Unterbringung erhalten, wenn sie nicht bei den Eltern wohnen und notwendig auswärts untergebracht sind.

56 Ein Schüler ist notwendig auswärts untergebracht, wenn

- von der Wohnung der Eltern aus eine entsprechende Ausbildungsstätte, z. B. wegen der Entfernung, nicht erreichbar ist oder
- er einen eigenen Haushalt führt und verheiratet ist oder war oder
- er einen eigenen Hausstand führt und mit mindestens einem Kind zusammenlebt.

57 Die Förderung an weiterführenden allgemein bildenden Schulen wird längstens bis zum Abitur geleistet.

58 Die Leistungen für Schüler werden ausschließlich als nicht rückzahlbarer Zuschuss gewährt.

**Einzelnes Berechnungsbeispiel für eine Schülerförderung**

Die Auszubildende ist 16 Jahre und Berufsfachschülerin (A). Ihr Berufswunsch ist der einer kaufmännischen Angestellten. Die nächste Berufsfachschule liegt so weit von der Wohnung der Eltern entfernt, dass sie auswärts wohnen muss. Sie wohnt in einem Wohnheim und zahlt monatlich 110 Euro an Miete dafür. Sie ist bei den Eltern kranken- und pflegeversichert. Ihr Bruder (B) ist Gymnasiast und besucht die Klasse 11. Die beiden haben noch 2 Geschwister, einen 12-jährigen Bruder (C), der die Realschule besucht und eine 5-jährige Schwester (D). Die Mutter ist Hausfrau und der Vater ein auf Antrag von der Rentenversicherungspflicht befreiter Angestellter. Das monatliche Bruttoeinkommen der Familie betrug vor zwei Jahren 5.259,67 Euro.

**Berechnung des Einkommens im Sinne des BAföG**

Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	5.259,67 EUR
abzüglich Werbungskosten (1/12 des jährlichen Arbeitnehmerfreibetrages von 920 EUR)	76,67 EUR
abzüglich Sozialpauschale 35 v. H. bis zum Höchstbetrag von monatlich 866,67 EUR	866,67 EUR
tatsächlich geleistete Steuern (einschließlich Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag)	1.470,97 EUR
Einkommen im Sinne des BAföG	<b>2.845,36 EUR</b>

**So errechnet sich ihr BAföG in Euro:**

Grundbedarf:	348,00 EUR
Erhöhungsbeitrag für Miete	+ 58,00 EUR
	406,00 EUR

Einkommen der Eltern im Sinne des BAföG	2.845,36 EUR
---	--------------

minus Grundfreibetrag:

für die Eltern:	1.440,00 EUR
für Bruder B	435,00 EUR
für Schwester C	435,00 EUR
für Bruder D	435,00 EUR

für die Auszubildende wird kein Freibetrag gewährt, da sie in einer nach dem BAföG förderungsfähigen Ausbildung steht

	0,00 EUR	
	+ 0,00 EUR	
	<u>2.745,00 EUR</u>	- 2.745,00 EUR
		<u>100,36 EUR</u>

abzüglich Zusatzfreibetrag 65% von 100,36 Euro  
(50% für die Eltern und 15% für Geschwister B, C und D)

	- 65,23 EUR	
	<u>35,13 EUR</u>	- 35,13 EUR
		<u>370,87 EUR</u>

gerundet 371,00 EUR

**Die Auszubildende erhält Förderungsleistungen von monatlich 371 Euro als Zuschuss**

**Ausnahme**

59 Beim Besuch von Berufsschulen im so genannten dualen System richtet sich die Förderung der Auszubildenden (Lehrlinge) nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG); auch betriebliche oder überbetriebliche Ausbildungen – so genannte Ausbildungen im dualen System – werden nicht nach dem BAföG gefördert. Durch das Arbeitsförderungs-Reformgesetz (AFRG) wurde das Arbeitsförderungsrecht zum 01.01.1998 als Drittes Buch (SGB III) in das Sozialgesetzbuch eingeordnet.

Nach Einstellung der breiten Förderung der Schüler in den weiterführenden allgemein- und berufsbilden-

den Schulen durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 haben die Länder landesrechtliche Förderungsregelungen geschaffen. Die Regelungen sind sehr unterschiedlich. In einigen Ländern werden nur Schüler mit herausgehobenen schulischen Leistungen gefördert, während andere Länder die schlichte Eignung genügen lassen.

**Übergangsregelungen für die neuen Bundesländer zwischen dem 01.01.1991 und 31.03.2001**

60 Das BAföG gilt ab 01.01.1991 auch in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern,

Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und dem Teil Berlins, in dem das BAföG bisher nicht galt.

Die Freibeträge, Bedarfssätze und Sozialpauschalen bei der Anrechnung von Einkommen des Auszubildenden, seiner Eltern und ggf. seines Ehegatten gelten seit 2001 im Gebiet der beigetretenen Länder in unveränderter Höhe wie in den alten Bundesländern.

Bei der Wertbestimmung von im Beitrittsgebiet gelegenen Grundbesitz ist es nicht möglich, wie in den alten Bundesländern von den Einheitswerten auf der Grundlage der Wertverhältnisse vom 01.01.1964 auszugehen. Das durch den Einigungsvertrag geänderte Bewertungsgesetz enthält zwar bestimmte Ersatzregelungen; die danach zu ermittelnden Ersatzwirtschaftswerte bzw. die auf der Grundlage der Wertverhältnisse vom 01.01.1935 zu bestimmenden Einheitswerte liegen jedoch (noch) nur partiell vor. Auch für das Betriebsvermögen im Beitrittsgebiet gibt es kurzfristig keine geeignete Bemessungsgrundlage. Für den Zeitraum bis zum 31.07.1992 wurden daher übergangsweise im Beitrittsgebiet gelegene Grundstücke und Betriebsvermögen bei der Vermögensanrechnung nicht berücksichtigt.

Die Leistung von Ausbildungsförderung nach dem BAföG ab Januar 1991 setzt einen Antrag des Auszubildenden bei dem zuständigen Amt für Ausbildungsförderung (Organisation wie in der alten Bundesrepublik) voraus. Dies gilt auch für Auszubildende, die im Ausland studieren. In der Übergangsphase überzahlte Förderungsbeträge sind nicht zu erstatten. Wie im alten Geltungsbereich des BAföG wird auch in den neuen Ländern die Schülerförderung als Zuschuss und die studentische Ausbildungsförderung nunmehr je zur Hälfte als Zuschuss und Darlehen geleistet.

Vorgesehen sind weitere Übergangsregelungen insbesondere zugunsten einzelner Gruppen von Auszubildenden, die sich im Zeitpunkt der Rechtsänderung in einer nach dem BAföG im Regelfall nicht mehr förderungsfähigen Ausbildung befinden. So findet für Auszubildende, die die Ausbildung vor dem 01.01.1991 aufgenommen haben und für den Monat Dezember 1990 nach dem Stipendienrecht der ehemaligen DDR gefördert wurden, die Altersgrenze von 30 Jahren keine Anwendung. Auch wird eine Auslandsausbildung, die vor dem 01.10.1990 begonnen hat und die im Dezember 1990 nach dem Stipendienrecht der ehemaligen DDR gefördert wurde, nach In-Kraft-Treten des BAföG ohne die sonst vorgeschriebene zeitliche Begrenzung geför-

dert. Auszubildende der Palucca Schule Dresden, der Staatlichen Ballettschule Berlin, der Fachschule für Tanz Leipzig und der Staatlichen Fachschule für Artistik Berlin, die die Ausbildung vor dem 01.01.1991 aufgenommen haben, werden in den Klassen 9 und 10 wie Schüler von weiterführenden allgemeinbildenden Schulen und in den Klassen 11 und 12 wie Schüler von Berufsfachschulen gefördert.

Die Förderungshöchstdauer für die Ausbildung an Hochschulen in den beigetretenen Ländern sowie in Berlin (Ost) bestimmt sich nach der vom zuständigen Fachministerium für die jeweilige Fachrichtung festgelegten Regelstudienzeit.

Im Übrigen waren bis zur Änderung durch das Ausbildungsförderungsreformgesetz (AföRG) vom 19.03.2001 für den Vollzug des BAföG folgende weitere Ausnahmeregelungen vorgesehen:

- Ausbildungsförderung für eine einzige weitere Ausbildung wird nur geleistet, wenn die besonderen Umstände des Einzelfalles, insbesondere das angestrebte Ausbildungsziel dies erfordern. Diese Voraussetzung wird bejaht, wenn der Auszubildende aus politischen oder ideologischen Gründen in der DDR an der Aufnahme, der jetzt angestrebten weiteren Ausbildung trotz nachweislich ernsthaften Bemühens gehindert war und die weitere Ausbildung unverzüglich nach den eingetretenen Veränderungen aufgenommen worden ist. Die besonderen Umstände des Einzelfalles werden auch für Auszubildende aus der DDR als gegeben angesehen, wenn eine erforderliche Zusatzausbildung mit der vorhergehenden Ausbildung die Ausübung eines Berufes erst ermöglicht (z. B. viersemestriges ergänzendes Studium an Fachhochschulen für Absolventen der ehemaligen Ingenieurschulen der DDR mit dem Abschluss Diplom-Ingenieur), sowie für die Ausübung einer selbständigen Tätigkeit als Landwirt (z. B. zweijährige Wirtschaftsausbildung an der Agraringenieurschule Biendorf für Wiedereinrichter privater bäuerlicher Betriebe mit dem Abschluss Staatlich geprüfter Wirtschaftler).
- Für Auszubildende aus der DDR gilt bis zur Einrichtung geregelter ergänzender Studiengänge, längstens bis zum 30.09.1994, auch die Ausübung in einem grundständigen Studiengang als weitere Ausbildung, wenn die Hochschule bescheinigt, dass der Auszubildende den ergän-

zenden Abschluss - einschließlich der Abschlussprüfung - in einer längstens zwei Jahre dauernden Ausbildung erreichen kann.

- Bei einem Fachrichtungswechsel für den neuen Studiengang wird Ausbildungsförderung nur geleistet, wenn der Wechsel der Fachrichtung aus wichtigem Grund erfolgt ist. Für Auszubildende aus der DDR wird ein wichtiger Grund für den Fachrichtungswechsel angenommen, wenn der Auszubildende aus politischen oder ideologischen Gründen in der DDR an der Aufnahme der jetzt angestrebten Ausbildung trotz nachweislich ernsthaften Bemühens gehindert war.
- Nach Überschreiten der Altersgrenze von 30 Jahren wird Ausbildungsförderung nur geleistet, wenn der Auszubildende aus persönlichen oder familiären Gründen, insbesondere der Erziehung von Kindern bis zu 10 Jahren, gehindert war, den Ausbildungsabschnitt rechtzeitig zu beginnen.

Auch in diesem Zusammenhang werden bei Auszubildenden aus der DDR persönliche Gründe, die eine Förderung nach Überschreiten der Altersgrenze rechtfertigen, angenommen, wenn der Auszubildende aus politischen oder ideologischen Gründen in der DDR trotz nachweislich ernsthaften Bemühens gehindert war, die jetzt angestrebte Ausbildung rechtzeitig zu beginnen. Damit wird der politisch Verfolgten auch noch in fortgeschrittenem Alter die Aufnahme einer nach dem BAföG förderungsfähigen Ausbildung ermöglicht.

Das Zweite Gesetz zur Bereinigung von SED-Unrecht vom 23.06.94 hat für den Bereich des BAföG folgende Regelungen zum Inhalt:

- für Opfer politischer Verfolgung durch SED-Unrecht wird die Altersgrenze von 30 Jahren aufgehoben,
- Opfer politischer Verfolgung, die auf Grund von SED-Unrecht das Studium erst nach dem 01.01.1991 aufnehmen konnten, und dafür Darlehen erhalten haben, werden von der Rückzahlung dieser Darlehen freigestellt und
- verfolgte Schüler werden insoweit ebenfalls berücksichtigt.

Die Rechtsquelle dazu ist das Gesetz zum Vertrag vom 31.08.1990 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands

(Einigungsvertragsgesetz) und der Vereinbarung vom 18.09.1990 (BGBl. II, S. 885) sowie das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG).

## Das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

61 Das Ziel des BAföG, jedem jungen Menschen die Möglichkeit zu geben, unabhängig von seiner sozialen und wirtschaftlichen Situation eine qualifizierte Ausbildung zu absolvieren, die seinen Fähigkeiten und Interessen entspricht, soll nicht an fehlenden finanziellen Mitteln des Auszubildenden, seiner Eltern oder seines Ehegatten scheitern. Auf die Leistung besteht ein Rechtsanspruch.

### Personenkreis

62 Persönliche Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausbildungsförderung sind grundsätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit, Eignung und ein bestimmtes Höchstalter (Vollendung des 30. Lebensjahres).

### Förderungsfähige Ausbildung

#### Grundsatz

63 Ausbildungsförderung nach dem BAföG wird grundsätzlich nur geleistet, wenn die besuchte Ausbildungsstätte in der Bundesrepublik Deutschland liegt. Gleichgültig ist indessen, ob der Auszubildende oder seine Eltern ihren ständigen Wohnsitz innerhalb oder außerhalb der Bundesrepublik Deutschland haben. Förderung können also auch Kinder von Auslandsdeutschen erhalten, die sich in der Bundesrepublik einer förderungsfähigen Ausbildung unterziehen. Gefördert werden auch so genannte Bildungspendler, wenn sie täglich zur Ausbildung in die Bundesrepublik einpendeln.

64 Ausbildungsförderung wird geleistet für den Besuch von

- weiterführenden allgemeinbildenden Schulen und Berufsfachschulen, einschließlich der Klassen aller Formen der beruflichen Grundbildung ab Klasse 10 sowie von Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, wenn der Auszubildende nicht bei seinen Eltern wohnt und von der Wohnung der Eltern aus eine entsprechende zumutbare Ausbildungsstätte nicht in einer angemessenen Wegzeit erreichbar ist, einen

eigenen Haushalt führt und verheiratet ist oder war oder einen eigenen Haushalt führt und mit mindestens einem Kind zusammenlebt,

- Berufsfachschulklassen und Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, sofern sie in einem zumindest zweijährigen Bildungsgang einen berufsqualifizierenden Abschluss vermitteln,
- Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt,
- Abendhauptschulen, Berufsaufbauschulen, Abendrealschulen, Abendgymnasien und Kollegs,
- Höheren Fachschulen und Akademien und
- Hochschulen.

65 Förderungsberechtigte Schüler und Studenten, die nicht bei den Eltern wohnen können und besonders hohe Mietbelastungen haben, erhalten einen erhöhten Förderungsbetrag. Bei Unterbringung in einem Internat werden die Unterkunftskosten erstattet, falls sie den maßgeblichen Bedarfssatz übersteigen. Teilnehmer von Fernunterrichtslehrgängen können in den letzten zwölf Monaten vor Abschluss der Ausbildung gefördert werden. Für die Höhe des Bedarfssatzes ist die Art des Abschlusses maßgebend, auf den der Lehrgang vorbereitet. Praktikanten erhalten während des Praktikums den gleichen Förderungsbetrag, der für den Schultyp gezahlt wird, für den das Praktikum Pflicht ist und dessen Inhalt in Ausbildungsbestimmungen geregelt ist.

66 Schülerinnen, Schüler und Studierende können grundsätzlich nur gefördert werden, wenn sie die Ausbildung, für die sie Förderung beantragen, vor Vollendung des 30. Lebensjahres beginnen.

67 Voraussetzung für die Förderung der Teilnahme am Fernunterricht ist, dass die Lehrgänge unter das Fernunterrichtsgesetz fallen oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger zugelassen sind. Ausbildungsförderung wird nur geleistet, wenn der Auszubildende in den 6 Monaten vor Beginn des Förderungszeitraums erfolgreich an einem Lehrgang teilgenommen hat, er die Vorbereitung auf den Ausbildungsabschluss in längstens 12 Monaten beenden kann und seine Arbeitskraft durch den Lehrgang für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Monaten voll in Anspruch genommen wird. Die zuständige Landesbehörde entscheidet, welcher Art von

Ausbildungsstätte die Teilnehmer an dem jeweiligen Fernunterrichtslehrgang gleichzustellen sind.

### **Ausbildung im Ausland**

68 Für eine Ausbildung im Ausland wird Förderung beim Vorliegen besonderer Voraussetzungen gewährt.

### **Berechtigter Personenkreis**

69 Ausbildungsförderung für einen Auslandsaufenthalt oder ein Praktikum im Ausland können erhalten:

- Deutsche und diesen gemäß § 8 Abs. 1 BAföG gleichgestellte Auszubildende (z. B. ein Elternteil oder der Ehegatte ist Deutscher oder der Auszubildende ist Asylberechtigter, aufgenommener Flüchtling, Heimatloser oder - bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen - EU/EWR-Ausländer) sowie
- sonstige Ausländer, die im Inland nach § 8 Abs. 2 BAföG förderungsberechtigt sind, wenn der Auslandsaufenthalt in den Ausbildungsbestimmungen als ein notwendig im Ausland durchzuführender Teil der Ausbildung vorgeschrieben ist.

### **Förderungsvoraussetzungen**

#### **Ausbildungsstätten**

70 Gefördert werden kann der Besuch von ausländischen Ausbildungsstätten, die den Gymnasien ab Klasse 11, Höheren Fachschulen, Akademien, Hochschulen oder bestimmten Berufsfachschulklassen gleichwertig sind, nicht jedoch der Besuch anderer Ausbildungsstättenarten wie z. B. Abendgymnasien und Berufsaufbauschulen. Gymnasiasten an Schulen, in denen das Abitur nach 12 Schuljahren erworben wird, können auch Förderung für einen Auslandsaufenthalt in der Klasse 10 erhalten.

#### **Sprachkenntnisse**

71 Eine Auslandsausbildung kann außerdem regelmäßig nur gefördert werden, wenn der Auszubildende über ausreichende Kenntnisse der Unterrichts- und Landessprache verfügt.

Der Nachweis der ausreichenden Sprachkenntnisse kann durch die Vorlage eines Zeugnisses

- eines Universitätslektors,
- eines ausländischen Kulturinstitutes in der Bundesrepublik Deutschland,



- eines Philologen mit der Fakultas für das höhere Lehramt,
- eines vereidigten Dolmetschers,
- der von dem Auszubildenden besuchten Berufsfachschule oder
- der ausländischen Hochschule darüber, dass der Auszubildende die von ihr geforderten erhöhten Sprachanforderungen erfüllt,

geführt werden

Das Zeugnis soll den Hinweis enthalten: „Zur Vorlage bei einem Amt für Ausbildungsförderung“.

72 Ein Nachweis durch Vorlage eines der vorgenannten Zeugnisse wird dann nicht als ausreichend angesehen, wenn der Auszubildende einen für den Besuch von Hochschulen eines betreffenden Landes allgemein vorausgesetzten Sprachtest (z. B. TOEFL) nicht bestanden hat.

Das Amt kann bestimmen, durch wen das Zeugnis auszustellen ist. Auf Veranlassung des Auszubildenden gibt es an, auf welche Weise, insbesondere durch wen er den Nachweis der ausreichenden Sprachkenntnisse erlangen kann.

73 Ein Nachweis ausreichender Kenntnis der Unterrichts- bzw. Landessprache ist nicht erforderlich, wenn der Auszubildende belegt, dass er

- bereits ein Jahr eine Ausbildungsstätte in einem Land oder Landesteil mit gleicher Unterrichts- und Landessprache wie am Ausbildungsort besucht hat,
- die Hochschulreife auf einem doppel- oder fremdsprachigen Gymnasium erlangt hat, an dem in derselben Sprache wie am Ausbildungsort unterrichtet wird oder
- die Landes- und Unterrichtssprache für die Dauer von sechs Jahren an einer Schule betrieben hat oder an einem Stipendien- oder Austauschprogramm für den betreffenden ausländischen Staat teilnimmt.

## Fallgruppen der Auslandsförderung

### Studienaufenthalte in einem Land der Europäischen Union

74 Nach einer Ausbildungsphase von einem Jahr an einer deutschen Ausbildungsstätte kann für eine Ausbildung an einer Ausbildungsstätte in einem EU-

Mitgliedstaat Ausbildungsförderung bis zum Erwerb des ausländischen Ausbildungsabschlusses geleistet werden. Die Ausbildung kann sowohl in mehreren Ländern der EU fortgesetzt als auch in einem Land der EU beendet werden. Die Ausbildung kann aber auch im Anschluss an einen Auslandsaufenthalt in Deutschland fortgeführt und dort beendet werden.

75 Master- bzw. postgraduale Diplomstudiengänge können ohne erneute Inlandsphase gefördert werden, wenn ein Jahr des vorausgegangenen Bachelor-Studiengangs im Inland studiert wurde. Wurde hingegen der Bachelor-Studiengang vollständig im Ausland durchgeführt, ist eine einjährige Inlandsphase im Masterstudiengang erforderlich.

76 Die Förderungshöchstdauer entspricht der Regelstudienzeit nach § 10 Abs. 2 HRG. Maßgeblich ist die Regelstudienzeit, die in der jeweils anwendbaren Studien- und Prüfungsordnung festgelegt ist, ggf. also auch eine entsprechende ausländische Festsetzung. Hierzu sollte im Vorfeld das zuständige Auslandsamt um Information gebeten werden.

77 Bei einer Rückkehr nach Deutschland gilt wieder die Förderungshöchstdauer entsprechend der in der deutschen Studien- und Prüfungsordnung festgelegten Regelstudienzeit. Zudem bleibt bei Rückkehr nach Deutschland ein Jahr des Auslandsstudiums unberücksichtigt.

78 Auch im Rahmen einer Ausbildung im EU-Ausland ist der Aufenthalt in einem Drittland möglich, wenn dieser nach dem Ausbildungsstand förderlich ist und zumindest ein Teil dieser Ausbildung auf die vorgeschriebene oder übliche Ausbildungszeit angerechnet werden kann.

79 Wer länger als ein Jahr im Ausland bzw. in mehr als einem Land der EU studiert, muss unter bestimmten Voraussetzungen vom 5. Fachsemester an den Nachweis über die bestandene Zwischenprüfung (§ 48er Nachweis) vorlegen, um weiter gefördert zu werden. Das Auslandsamt sollte rechtzeitig um Information gebeten werden.

### Studienaufenthalte außerhalb der Europäischen Union

80 Förderung wird in der Regel nach einer mindestens einjährigen Inlandsausbildung für einen einzigen zusammenhängenden Zeitraum und für den Aufenthalt in nur einem Land bis zu einem Jahr Dauer geleistet. Bei einer Hochschulausbildung ist eine

Verlängerung für 3 weitere Semester möglich, wenn – der Auszubildende eine wissenschaftliche Arbeit unternommen hat, die in dem ersten Jahr nicht angemessen zu Ende geführt werden konnte, der Besuch der ausländischen Hochschule für die gesamte Ausbildung von besonderer Bedeutung ist. Die besondere Bedeutung ist anzunehmen, wenn

### Einzelnes Berechnungsbeispiel für ein Studium in Frankreich

Die Auszubildende studiert im 5. Semester Informatik und besucht für 1 Jahr eine Universität in Frankreich. Sie wohnt bei einer Gastfamilie und muss dafür monatlich 350 Euro bezahlen. Sie hat zusätzliche Reisekosten von 240 Euro und ist selbst beitragspflichtig kranken- und pflegeversichert. Ihr 15-jähriger Bruder besucht die Realschule. Ihr Vater ist ein Einzelhandelskaufmann. Sein monatliches Bruttoeinkommen vor zwei Jahren betrug 4.680 Euro. Ihre Mutter ist nicht berufstätig.

#### Berechnung des Einkommens im Sinne des BAföG

Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	4.680,00 EUR
abzüglich Werbungskosten (1/12 des jährlichen Arbeitnehmerfreibetrages von 920,00 EUR)	76,67 EUR
abzüglich Sozialpauschale 12,9 v. H. bis zum Höchstbetrag von monatlich 425,00 EUR	866,67 EUR
tatsächlich geleistete Steuern (einschließlich Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag)	1.026,02 EUR
<b>Einkommen im Sinne des BAföG</b>	<b><u>2.708,31 EUR</u></b>

#### So errechnet sich ihr BAföG in Euro:

Bedarfssatz:	333,00 EUR
auswärts wohnend	133,00 EUR
Erhöhungsbetrag für Miete	64,00 EUR
Pflegeversicherung	8,00 EUR
Erhöhungsbetrag für Auslandsstudium	
a) Reisekosten (1/12 der Gesamtkosten)	20,00 EUR
b) Auslandszuschlag für Frankreich entfällt	0,00 EUR
c) Krankenversicherungszuschlag	47,00 EUR
	<u>605,00 EUR</u>

Einkommen der Eltern im Sinne des BAföG	2.708,31 EUR	
minus Grundfreibetrag:		
für die Eltern:	1.440,00 EUR	
für den Bruder	435,00 EUR	
für die Auszubildende wird kein Freibetrag gewährt, da sie in einer nach dem BAföG förderungsfähigen Ausbildung steht	0,00 EUR	
	<u>1.875,00 EUR</u>	- 1.875,00 EUR
		<u>833,31 EUR</u>
abzüglich Zusatzfreibetrag 55% von 833,31 Euro (50% für die Eltern und 5% für den Bruder)		458,32 EUR
		<u>374,99 EUR</u>
		374,99 EUR
		230,01 EUR
		gerundet 230,00 EUR

**Die Auszubildende erhält für ihren Frankreich-Aufenthalt Förderungsleistungen von monatlich 230 Euro.** Davon werden als Staatsdarlehen 48,00 Euro und als Zuschuss 182,00 Euro geleistet. Sie erhält keinen Auslandszuschlag, weil sie in einem EU-Staat studiert, kann aber ihr Studium bis zum Abschluss im EU-Ausland durchführen

Erhöhungsbeträge für Auslandsstudium a), b), und c) werden als Zuschuss gewährt.

- nach den Umständen des Einzelfalles die Fortsetzung der Ausbildung im Ausland für die Ausbildung objektiv erforderlich ist oder
  - im zweiten Jahr ein Ausbildungsabschluss in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum erlangt wird.
- 81 Ein Studienaufenthalt außerhalb der Europäischen Union ist bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen auch dann förderungsfähig, wenn ihm ein Studienaufenthalt in einem

**Einzelnes Berechnungsbeispiel für ein Auslandsstudium in den USA**

Der Auszubildende studiert im 4. Semester Jura und besucht für 1 Jahr eine Universität in den USA. Er wohnt dort bei einer Gastfamilie und hat Reisekosten von 1.200 Euro. Dazu kommen Studiengebühren von 4.450 Euro jährlich. Er ist selbst beitragspflichtig kranken- und pflegeversichert. Sein Vater ist Beamter mit einem Bruttoeinkommen im vorletzten Kalenderjahr von 3.709,67 Euro monatlich. Seine Mutter ist nicht berufstätig. Seine Schwester besucht die Klasse 2 der örtlichen Grundschule.

**Berechnung des Einkommens im Sinne des BAföG**

Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	3.709,67 EUR
abzüglich Werbungskosten (1/12 des jährlichen Arbeitnehmerfreibetrages von 920,00 EUR)	76,67 EUR
abzüglich Sozialpauschale 12,9 v. H. bis zum Höchstbetrag von monatlich 425,00 EUR	425,00 EUR
tatsächlich geleistete Steuern (einschließlich Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag)	711,87 EUR
<b>Einkommen im Sinne des BAföG</b>	<b><u>2.496,13 EUR</u></b>

**So errechnet sich sein BAföG in Euro:**

Bedarfssatz:	333,00 EUR
auswärts wohnend	133,00 EUR
Pflegeversicherung	8,00 EUR
Erhöhungsbeträge für Auslandsstudium	
a) Studiengebühren (1/12 der Gesamtkosten)	370,83 EUR
b) Reisekosten (1/12 der Gesamtkosten)	100,00 EUR
c) Auslandszuschlag für die USA	120,00 EUR
d) Krankversicherungszuschlag	47,00 EUR
	<u>1.111,83 EUR</u>

Einkommen der Eltern im Sinne des BAföG	2.496,13 EUR
minus Grundfreibetrag:	
für die Eltern:	1.440,00 EUR
für die Schwester	435,00 EUR
für den Auszubildenden wird kein Freibetrag gewährt, da er in einer nach dem BAföG förderungsfähigen Ausbildung steht	<u>0,00 EUR</u>
	1.875,00 EUR
	- 1.875,00 EUR
	<u>621,13 EUR</u>
abzüglich Zusatzfreibetrag 55% von 621,13 Euro (50% für die Eltern und 5% für die Schwester)	341,62 EUR
	<u>279,51 EUR</u>
	<u>832,32 EUR</u>
gerundet	832,00 EUR

**Der Auszubildende erhält für seinen Aufenthalt in den USA Förderungsleistungen von monatlich 832 Euro.** Davon werden als Staatsdarlehen 97,09 Euro und als Zuschuss 734,91 Euro geleistet.

Erhöhungsbeträge für Auslandsstudium a), b), c) und d) werden als Zuschuss gewährt.

Land der Europäischen Union vorausgegangen ist.

82 Umgekehrt ist ein Studienaufenthalt innerhalb der Europäischen Union bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen förderungsfähig, wenn ihm ein Studienaufenthalt außerhalb der Europäischen Union vorausgegangen ist.

In diesen Fällen hat der Auszubildende die besondere Bedeutung durch eine gutachtliche Stellungnahme eines hauptamtlichen Mitglieds des Lehrkörpers der Ausbildungsstätte nachzuweisen, die er während des ersten Jahres der Ausbildung im Ausland besucht hat.

### **Grenzüberschreitende integrierte Studiengänge**

83 Bei grenzüberschreitenden integrierten Studiengängen, die von einer inländischen und einer ausländischen Hochschule in Kooperation durchgeführt werden, ist eine einjährige Ausbildungsphase im Inland nicht erforderlich.

### **Auslandspraktikum**

84 Ein im Rahmen eines Studiums durchgeführtes Auslandspraktikum mit einer Mindestdauer von 12 Wochen kann gefördert werden, wenn

- das Praktikum im Ausland nach dem Ausbildungsstand förderlich ist (d. h. wenn das Studium zuvor mindestens ein Jahr in der gewählten Fachrichtung durchgeführt wurde),
- es in der Prüfungsordnung vorgeschrieben und inhaltlich geregelt ist und
- die Hochschule bzw. die zuständige Prüfungsstelle anerkennt, dass die Praktikantenstelle den Anforderungen der Prüfungsordnung genügt.

### **Praktika außerhalb Europas**

85 Praktika außerhalb Europas werden nur gefördert, wenn sie besonders förderlich sind. Die Ableistung eines Praktikums außerhalb Europas ist insbesondere dann besonders förderlich, wenn

- das Praktikum nach der Studien- oder Prüfungsordnung zwingend außerhalb Europas abzuleisten ist (z. B. Angewandte Weltwirtschaftssprachen),
- der Auszubildende sich derart spezialisiert hat, dass praktische Erfahrungen außerhalb Europas erworben werden müssen (z. B. Technologie in den Tropen) oder

- das Praktikum in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Auslandsstudium in demselben Staat durchgeführt wird.

86 Die Durchführung eines Praktikums im Rahmen eines Austauschprogramms oder Kooperationsabkommens kann ein Indiz dafür sein, dass das Praktikum außerhalb Europas besonders förderlich ist; sie reicht jedoch alleine nicht aus. Nicht besonders förderlich im Sinne des Gesetzes sind Auslandspraktika, die lediglich der allgemeinen Verbesserung späterer Berufschancen dienen. Zusätzlich zu der geforderten Bescheinigung über die Anrechnungsfähigkeit des Praktikums hat der Auszubildende eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte oder Prüfungsstelle vorzulegen, aus der hervorgeht, dass das Praktikum außerhalb Europas besonders förderlich ist. Sie muss sich individuell auf den Ausbildungsgang und das Vorhaben des Antragstellers beziehen.

### **Leistungshöhe**

87 Die Leistungen bei einer Ausbildung im Ausland umfassen nach der BAföG-Auslandszuschlagsverordnung zusätzlich zu den Bedarfssätzen für im Inland nicht bei den Eltern wohnende Auszubildende

- notwendige Studiengebühren (bis zu 4.600 Euro je Studienjahr),
- Reisekosten,
- ggf. einen Zusatzbetrag für die Kosten der Auslands-Krankenversicherung und
- außerhalb der Mitgliedstaaten der EU einen Auslandszuschlag zur Deckung der erhöhten Lebenshaltungskosten, dessen Höhe nach Ländern unterschiedlich festgesetzt worden ist (zwischen 60 Euro und 315 Euro monatlich).

88 Die zusätzlichen Leistungen nach der BAföG-Auslandszuschlagsverordnung werden in voller Höhe als Zuschuss geleistet.

89 Auszubildende, die Ausbildungsförderung als Bankdarlehen erhalten, bekommen auch die Leistungen nach der BAföG-Auslandszuschlagsverordnung als Bankdarlehen.

90 Für Schüler werden keine Zuschläge nach der BAföG-Auslandszuschlagsverordnung geleistet. Bei einer Ausbildung im europäischen Ausland erhalten Schüler von Gymnasien und Berufsfachschulen jedoch innerhalb eines Kalenderjahres die notwendi-

gen Aufwendungen für vier Hin- und Rückfahrten zu der Ausbildungsstätte ersetzt.

Vgl. hierzu die Tabelle **Die monatlichen Auslandszuschläge nach der BAFöG-Auslandszuschlagsverordnung**

#### Hinweis:

Die hohen zusätzlichen Kosten einer Ausbildung im Ausland können dazu führen, dass auch solche

Auszubildende während des Auslandsaufenthaltes nach dem BAFöG gefördert werden, die im Inland wegen der Höhe des Einkommens ihrer Eltern keine Förderung erhalten. Daher sollte immer rechtzeitig vor Beginn einer schulischen oder studentischen Ausbildung im Ausland das für das Land zuständige Amt für Ausbildungsförderung –Auslandsamt– konsultiert werden.

### Die monatlichen Auslandszuschläge nach der BAFöG-Auslandszuschlagsverordnung betragen in Euro für Bewilligungszeiträume, die nach dem 31.12.2004 begonnen haben:

<b>in Europa für</b>		Tunesien	60	Korea, Demokratische		
Bosnien und Herzegowina	90	Uganda	90	Volksrepublik	175	
Bulgarien	60	<b>in Amerika für</b>			Korea, Republik	145
Island	165	Argentinien	60	Libanon	90	
Kroatien	60	Bolivien	90	Malaysia	90	
Mazedonien	60	Brasilien	80	Nepal	90	
Moldau	90	Chile	60	Pakistan	90	
Norwegen	140	Costa Rica	90	Philippinen	90	
Rumänien	60	Ecuador	90	Singapur	90	
Russische Föderation	100	El Salvador	90	Sri Lanka	90	
Schweiz	140	El Salvador	115	Syrien	115	
Serbien, Montenegro	60	Guatemala	115	Tadschikistan	115	
Ukraine	90	Haiti	145	Taiwan	90	
Weißrussland	90	Honduras	115	Thailand	90	
		Jamaika	145	Türkei	90	
<b>in Afrika für</b>		Kanada	85	Turkmenistan	90	
Ägypten	60	Kolumbien	90	Usbekistan	90	
Äthiopien	90	Kuba	145	Vereinigte Arabische Emirate	90	
Botsuana	90	Mexiko	90	Vietnam	90	
Burkina Faso	115	Nicaragua	90			
Côte d'Ivoire	145	Paraguay	90	<b>in Australien für</b>		
Gabun	200	Peru	115	Australien	85	
Ghana	90	Trinidad und Tobago	115	Neuseeland	85	
Kamerun	145	Uruguay	60			
Kenia	90	Venezuela	90	In den Ländern der EU wird kein		
Kongo, Demokratische		USA	120	Auslandszuschlag geleistet; in allen		
Republik	200	<b>in Asien für</b>			Ländern, die vorstehend nicht auf-	
Madagaskar	115	Armenien	115	geführt sind, beträgt der Auslandszu-		
Marokko	60	Aserbajdschan	90	schlag 50 Euro. Wird während der		
Namibia	60	China	90	Änderungsphasen der Auslandszu-		
Nigeria	175	Georgien	90	schlagsV ein neuer Staat gebildet,		
Ruanda	145	Indien	90	wird erst einmal der Auslandszu-		
Sambia	90	Indonesien	90	schlag von 50 Euro gezahlt.		
Senegal	115	Iran	90	Stand: 6. BAFöG-Auslandszu-		
Sierra Leone	145	Israel	60	schlagsVÄndV) vom 13.12.2004		
Simbabwe	90	Japan	315	(BGBl v. 17.12.2004, Nr. 68 S.		
Sudan	145	Jemen	90	3383)		
Südafrika	60	Jordanien	90			
Tansania	90	Kasachstan	90			
Tschad	255	Kirgisistan	90			

## Förderung vollständiger Auslandsausbildungen

91 Grundsätzlich kann eine vollständig im Ausland durchgeführte Ausbildung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz nicht gefördert werden.

92 Eine Ausnahme besteht nur

- für deutsche Auszubildende und Auszubildende aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder aus den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die täglich von ihrem ständigen Wohnsitz in Deutschland aus eine im Ausland gelegene Ausbildungsstätte besuchen und ihre gesamte Ausbildung dort absolvieren (Grenzpendler),
- für deutsche Auszubildende mit ständigem Wohnsitz im Ausland (Auslandsdeutsche), denen ausnahmsweise nicht zugemutet werden kann, ihre Ausbildung in Deutschland durchzuführen (z. B. minderjährige Schüler). Von Auslandsdeutschen, die eine Hochschulausbildung betreiben wollen, wird in der Regel verlangt, dass sie diese im Inland durchführen. In Ausnahmefällen wird ein Hochschulstudium im Wohnsitzland oder einem Nachbarstaat gefördert. Zu den besonderen Voraussetzungen in diesem Fall informiert das zuständige Auslandsamt,
- für Deutsche, die ihren ständigen Wohnsitz im Inland haben und der dänischen Minderheit angehören, wenn sie eine in Dänemark gelegene Ausbildungsstätte besuchen und die Ausbildung im Inland nicht durchgeführt werden kann.

93 Für nach dem BAföG förderungsfähige vollständige Auslandsausbildungen werden Zuschläge nach der BAföG-Auslandszuschlagsverordnung nicht geleistet.

## Antragsverfahren

94 Anträge auf Förderung einer Auslandsausbildung sind bei gesondert bestimmten Ämtern für Ausbildungsförderung zu stellen, die auch Auskünfte zur Auslandsförderung erteilen (Die Zuständigkeitsverteilung der Ämter für Ausbildungsförderung mit Auslandszuständigkeiten ist nachfolgend aufgeführt).

95 Die Anträge sollten möglichst frühzeitig und möglichst vollständig auf den dafür vorgesehenen Formblättern und, um eine zeitnahe Bewilligung sicherzustellen, mindestens 6 Monate vor Beginn

des Auslandsaufenthaltes beim zuständigen Amt für Ausbildungsförderung gestellt werden.

96 Es besteht die Möglichkeit, eine Vorabentscheidung über die Förderungsfähigkeit der Ausbildung im Ausland dem Grunde nach zu beantragen.

97 Hierfür und für den Antrag sollte dem Amt für Ausbildungsförderung mindestens vorgelegt werden:

- Formblatt 1
- Formblatt 6
- Anlage zu Formblatt 1
- Nachweis ausreichender Sprachkenntnisse
- letzter BAföG-Bescheid in Kopie

98 Ein Anspruch auf „Inland-BAföG“ besteht während des Auslandsaufenthaltes nicht.

99 Welches Amt im Einzelfall zuständig ist kann der nachfolgenden Aufstellung entnommen werden.

## Verzeichnis der Ämter für Ausbildungsförderung, die für die Förderung einer Ausbildung außerhalb der Bundesrepublik zuständig sind

### Spanien

Studentenwerk Heidelberg  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Marstallhof 1 - 5, 69117 Heidelberg  
 Tel.: 06221 / 54 – 2692; - 2700; - 2701  
 Fax: 06221 / 543524  
 E-Mail: foe.stw@urz.uni-heidelberg.de  
 Internet: www.studentenwerk.uni-heidelberg.de

### Österreich

Landeshauptstadt München  
 Schul- und Kultusreferat -Amt für Ausbildungsförderung-  
 Schwanthalerstrasse 40, 80336 München  
 Tel.: Infopoint: 089 / 233 38864 oder 233 26182  
 Fax: 089 / 233 244 11  
 E-Mail: afa.scu@muenchen.de  
 Internet: http://muenchen.de/afa

### Liechtenstein, Schweiz

Studentenwerk Augsburg  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Eichleitnerstr. 40, 86159 Augsburg  
 Tel.: 0821 / 598 - 4930  
 Fax: 0821 / 598 - 4945  
 E-Mail: bafog@stw.uni-augsburg.de  
 Internet: www.studentenwerk-augsburg.de



**Italien**

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin  
 Amt für Ausbildungsförderung –Auslandsamt–  
 10617 Berlin  
 Tel.: 030 / 9029 – 10  
 Fax: 030 / 9029 – 17 593 / 17 594  
 E-Mail: bafogitalien@charlottenburg-wilmersdorf.de  
 Hausanschrift:  
 Heerstraße 12 – 14, 14052 Berlin

**Afrika, Ozeanien**

Studentenwerk Frankfurt/Oder  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Paul-Feldner-Str. 8, 15230 Frankfurt/Oder  
 Tel.: 0335 / 565 09  
 Fax: 0335 / 565 0999  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-frankfurt.de  
 Internet: <http://www.studentenwerk-frankfurt.de>

**Amerika**

(mit Ausnahme der USA und mit Ausnahme von Kanada)  
 Senator für Bildung und Wissenschaft  
 Landesamt für Ausbildungsförderung  
 Rembertiring 8 - 12, 28195 Bremen  
 Tel.: 0421 / 361 - 4995; - 6298,; - 4797; - 2562; - 4996; - 17164  
 Fax: 0421 / 361 - 15543  
 Besucheranschrift:  
 Emil-Waldmann-Str. 3, 28195 Bremen

**Vereinigte Staaten von Amerika**

Studentenwerk Hamburg  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Postfach 13 09 51, 20109 Hamburg  
 Tel.: 040 / 41902-0  
 Fax: 040 / 41902 126  
 E-Mail: bafog@studentenwerk.hamburg.de  
 Internet: <http://www.studentenwerk-hamburg.de>  
 Besucheranschrift:  
 20146 Hamburg, Grindelallee 9

**Albanien, Bosnien-Herzegowina, Griechenland, Kroatien, Mazedonien, Serbien und Montenegro, Slowenien, Zypern und Australien**

Studentenwerk Marburg  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Erlernring 5, 35037 Marburg  
 Tel.: 06421 / 296 - 203, / - 204  
 Fax: 06421 / 15761  
 E-Mail: schulzek@staff.uni-marburg.de  
 Internet: <http://www.uni-marburg.de/stw/>

**Schweden**

Studentenwerk Rostock  
 Amt für Ausbildungsförderung –Auslandsamt–  
 St. Georg-Straße, 18055 Rostock  
 Tel.: 0381 / 4592 617  
 Fax: 0381 / 4592 9431  
 E-Mail: auslands-bafog@studentenwerk-rostock.de  
 Internet: <http://www.studentenwerk-rostock.de>

**Asien mit Ausnahme der dort gelegenen Teile der Türkei und mit Ausnahme von Armenien, Aserbaidschan, Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Usbekistan, Belgien, Luxemburg und den Niederlanden**

Region Hannover  
 Fachbereich Schulen - Ausbildungsförderung  
 Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover  
 Tel.: 0511 / 616 22252; - 22253; -22554  
 Fax: 0511 / 616 1123205  
 E-Mail: bafog@region-hannover.de

**Großbritannien, Irland, Türkei**

Bezirksregierung Köln  
 Ausbildungsförderung  
 Theaterplatz 14,  
 52062 Aachen  
 Tel.: 0241 / 455 - 02  
 Fax: 0241 / 455 300  
 E-Mail: bafog@bezreg-koeln.nrw.de  
 Internet: <http://www.bezreg-koeln.nrw.de>

**Frankreich**

Kreisverwaltung Mainz-Bingen  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Postfach 13 55, 55206 Ingelheim  
 Tel.: 06132 / 787 - 0  
 Fax: 06132 / 787 4005  
 E-Mail: kreisverwaltung@mainz-bingen.de  
 Internet: <http://www.mainz-bingen.de>

**Malta, Portugal**

Universität des Saarlandes  
 Im Auftrag Studentenwerk im Saarland e. V.  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Studentenhaus - Universitätsgelände  
 Gebäude D 4.1., 66123 Saarbrücken  
 Tel.: 0681 / 302 - 4992  
 Fax: 0681 / 302 4993  
 E-Mail: bafog-amt@stw.uni-sb.de  
 Internet: <http://www.studentenwerk-saarland.de>

**Finnland**

Studentenwerk Halle  
 Amt für Ausbildungsförderung

W.-Langenbeck-Str. 5, 06120 Halle/Saale  
 Tel.: 0345 / 6847113  
 Fax: 0345 / 6847202  
 E-Mail: bafög@studentenwerk-halle.de  
 Internet: <http://www.studentenwerk-halle.de>

**Armenien, Aserbajdschan, Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Moldau, Polen, Rumänien, Russische Föderation, Slowakei, Tadschikistan, Tschechien, Turkmenistan, Ukraine, Ungarn, Usbekistan, Weißrussland**

Studentenwerk Chemnitz-Zwickau  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Thüringer Weg 3, 09126 Chemnitz  
 Tel.: 0371 / 5628 113  
 Fax: 0371 / 5628 102  
 E-Mail: [dirk.hammer@swcz.smwk.sachsen.de](mailto:dirk.hammer@swcz.smwk.sachsen.de)

**Dänemark, Island, Norwegen**

Studentenwerk Schleswig-Holstein  
 Förderungsverwaltung  
 Westring 385, 24118 Kiel  
 Tel.: 0431 / 8816 - 0  
 Fax: 0431 / 8816 204  
 E-Mail: [Studentenwerk.s-h@t-online.de](mailto:Studentenwerk.s-h@t-online.de)  
 Internet: <http://www.Studentenwerk-S-H.de>

**Kanada**

Studentenwerk Erfurt-Ilmenau  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Nordhäuser Straße 63, 99089 Erfurt  
 Postfach 10 16 17, 99016 Erfurt  
 Tel.: 0361/ 737 - 1853  
 Fax: 0361 / 737 - 1992  
 E-Mail: [swe-i@swe.uni-erfurt.de](mailto:swe-i@swe.uni-erfurt.de)  
 Internet: <http://www.studentenwerk-erfurt-ilmenau.de>

Vgl. zur Förderung von Auszubildenden im Ausland die nachfolgende Tabelle **Förderung von Auszubildenden im Ausland nach § 5 Abs. 2-5 und § 6 BAFöG**

## **Förderungsvoraussetzungen in besonderen Fällen**

### **Förderung einer weiteren Ausbildung (Zweit-, Ergänzungs- oder Vertiefungsausbildung)**

*100* Grundsätzlich wird Ausbildungsförderung nur für eine Erstausbildung geleistet.

*101* Eine einzige weitere Ausbildung bis zu deren berufsqualifizierenden Abschluss in den abschlie-

ßend genannten Fällen oder aufgrund des Vorliegens besonderer Umstände des § 7 Abs. 2 BAFöG kann gefördert werden:

- Eine weitere Ausbildung i. S. d. § 7 Abs. 2 BAFöG liegt vor, wenn es sich um eine Ausbildung i. S. d. §§ 2 oder 3 BAFöG handelt, die nach einer berufsqualifizierend abgeschlossenen, mindestens dreijährigen berufsbildenden Ausbildung aufgenommen wird, die den Grundförderungsanspruch nach § 7 Abs. 1 BAFöG ausgeschöpft hat.
- § 7 Abs. 2 BAFöG setzt also ausnahmslos voraus, dass der Auszubildende zuvor eine Erstausbildung im Sinne des § 7 Abs. 1 BAFöG berufsqualifizierend abgeschlossen hat. Dies muss notwendigerweise nicht nur eine einzige Ausbildung oder ein einziger berufsqualifizierender Abschluss gewesen sein, sofern erst durch eine weitere Ausbildung bzw. einen weiteren berufsqualifizierenden Abschluss der Grundanspruch ausgeschöpft wäre.
- Für die Dauer der Erstausbildung im Rahmen des § 7 Abs. 1 BAFöG kommt es darauf an, wie viel Zeit - gemessen in Schul- oder Studienjahren - die bisherige Ausbildung tatsächlich in Anspruch genommen hat und nicht, auf welche Dauer sie nach den dafür geltenden Bestimmungen in der Regel angelegt ist
- Eine berufsqualifizierende Ausbildung ist eine Ausbildung, die eine berufliche Grundbildung oder berufliche Fachkenntnisse und im Regelfall auch eine berufliche Qualifikation vermittelt. Betriebliche Ausbildungen verbrauchen den Grundförderungsanspruch nach § 7 Abs. 1 BAFöG nicht. Dies gilt auch für allgemeinbildende schulische Ausbildungen, die nach § 7 Abs. 1 BAFöG zeitlich unbegrenzt bis zum Erreichen der Hochschulreife förderungsfähig sind, ohne dass hierdurch der Grundförderungsanspruch für eine mindestens dreijährige berufsbildende Ausbildung berührt wird. Allgemeinbildende schulische Ausbildungen sind daher selbst dann keine „weiteren Ausbildungen“ im Sinne des § 7 Abs. 2 BAFöG, wenn zuvor bereits ein Berufsabschluss erworben wurde.
- Nach § 7 Abs. 2 BAFöG kann nur eine einzige weitere Ausbildung gefördert werden. Dies kann auch - insgesamt betrachtet - eine dritte Berufsausbildung sein, wenn der Auszubildende den Grundförderungsanspruch nach § 7 Abs. 1

Förderung von Auszubildenden im Ausland nach § 5 Abs. 2–5 und § 6 BAföG													
Ausbildungsstätten in	Zahl <sup>1)</sup> der Geförderten												
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Albanien <sup>2)</sup>											1	0	0
Belgien/Luxemburg	133	111	118	101	76	80	55	65	62	55	80	79	108
Bosnien-Herzegowina													
Kroatien/Slowenien <sup>3)</sup>	5	4	9	4	2	4	4	4	6	5	8	10	11
Bulgarien	77	65	67	2	8	5	1	1	2	0	1	0	1
Dänemark	45	79	113	106	95	85	71	94	125	110	115	190	296
Finnland	13	29	52	90	120	95	79	143	160	210	278	391	486
Frankreich	1063	1337	1553	1572	1492	1270	1168	1010	1068	1095	1268	1613	1850
Griechenland	29	104	105	108	106	77	75	62	68	74	75	76	93
Großbritannien	2865	3178	3904	4043	3783	3377	2995	2614	2506	2418	2305	2383	2459
GUS einschl. Russland <sup>4)</sup>	1427	970	537	439	258	179	124	104	88	105	139	148	146
Irland	247	319	378	428	480	438	380	371	349	362	386	424	449
Island	1	4	9	9	7	6	3	7	8	7	13	25	32
Italien	411	492	526	628	598	473	463	475	525	562	561	644	770
Kanada	165	200	239	234	218	198	187	169	170	173	213	227	321
Malta	1	4	5	2	5	5	3	4	6	9	12	18	20
Niederlande	524	345	330	223	244	226	191	212	248	224	235	286	341
Norwegen	22	36	53	80	92	88	81	106	92	128	159	227	275
Österreich	379	345	354	344	345	238	209	172	196	171	416	757	684
Polen	106	103	101	85	36	23	27	21	27	42	75	119	155
Portugal	42	55	68	60	63	59	33	40	43	74	60	70	117
Rumänien	79	88	93	67	25	10	3	5	8	10	5	17	21
Schweden	61	91	143	236	259	295	247	318	359	449	508	769	925
Schweiz/Liechtenstein	430	364	318	417	302	248	283	214	213	225	214	297	332
Spanien	301	389	426	572	645	716	529	744	634	842	1084	1321	1766
Tschechien/Slowakei <sup>5)</sup>	16	139	107	39	37	31	28	20	25	42	50	78	90
Ungarn	358	342	219	78	43	32	21	15	17	28	44	56	61
Zypern <sup>6)</sup>											4	2	5
USA	1421	1811	1977	1869	1624	1249	928	957	972	1024	1324	1771	1939
Afrika, Asien (einschließlich Türkei)	506	605	578	526	479	436	375	349	374	441	506	654	679
darunter:													
Südafrika <sup>7)</sup>													110
Indonesien <sup>7)</sup>													68
Taiwan	65	61	54	10	4	4	1	3	7	6	7	10	9
China	108	107	74	67	76	89	68	79	95	121	108	143	153
Japan	117	118	102	102	113	84	69	68	69	60	82	105	115
Australien, Ozeanien und Südamerika	263	278	300	354	359	351	342	327	377	476	722	996	1400
darunter:													
Argentinien	27	24	22	23	24	27	29	16	20	22	39	38	53
Australien	83	75	75	86	108	140	139	151	171	228	341	458	747
Neuseeland	24	27	32	56	70	52	58	58	53	72	119	151	232
Brasilien	31	31	33	42	30	18	27	21	22	24	45	45	64
Chile	14	30	36	43	37	30	29	25	24	20	49	77	78
Costa Rica	6	17	19	17	8	4	7	7	6	12	15	21	25
Ecuador	8	10	8	9	18	12	8	5	7	4	7	44	14
Mexiko	20	23	34	35	24	27	19	17	40	49	61	77	102
Peru	4	2	3	2	3	5	6	1	4	10	14	13	17
insgesamt	10990	11887	12682	12716	11801	10294	8905	8623	8728	9361	10860	13648	15832

1) Fallzahlen, keine Durchschnittszahlen; ohne nach § 5 Abs. 1 BAföG Geförderte

2) 2001 erstmals gesondert ausgewiesen

3) bis 1992 Jugoslawien

4) bis 1991 UdSSR

5) bis 1991 CSFR

6) 2001 erstmals gesondert ausgewiesen

7) 2003 erstmals gesondert ausgewiesen

Quelle: BMBF - 16. Bericht nach § 35 BAföG (BT 15/4995), Ländermeldungen

BAföG nicht durch eine dreijährige, sondern z. B. durch zwei berufsqualifizierende Ausbildungen verbraucht hat.

Beispiel: Wer einen berufsqualifizierenden Abschluss z. B. nach zweijähriger Ausbildung erreicht, hat den Grundanspruch nach dem BAföG noch nicht ausgeschöpft und kann eine weitere berufliche Ausbildung bis zu deren berufsqualifizierendem Abschluss, also auch über den Dreijahreszeitraum hinaus durchführen. Die Förderung einer dritten Berufsausbildung richtet sich dann nach § 7 Abs. 2 BAföG.

- Hat der Auszubildende die Abschlussprüfung der ersten Ausbildung auch nach Wiederholung endgültig nicht bestanden, so besteht kein Anspruch auf Förderung einer weiteren Ausbildung.
- Die weitere Ausbildung muss zu einer Erweiterung der bereits vorhandenen Berufsqualifikation führen. Bloße Fortbildungs- oder Weiterbildungsveranstaltungen erfüllen diese Voraussetzung regelmäßig nicht. Eine Promotion nach Abschluss der ersten Ausbildung kann nicht gefördert werden.
- Die Entscheidung nach § 7 Abs. 2 BAföG ist unabhängig davon, ob für die erste Ausbildung Ausbildungsförderung in Anspruch genommen wurde bzw. werden konnte.

Zu den Fällen des § 7 Abs. 2 BAföG im Einzelnen:

§ 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BAföG:

*102* Es wird eine einzige - zeitlich nicht beschränkte - weitere Hochschulausbildung oder eine dieser nach Landesrecht gleichgestellte Ausbildung gefördert, die eine Hochschulausbildung insoweit ergänzt, als dies für die Aufnahme des angestrebten Berufs rechtlich erforderlich ist. Eine landesrechtliche Gleichstellung von Ausbildungen mit einer Hochschulausbildung kommt bei Ausbildungen an Berufsakademien in Betracht.

§ 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BAföG:

*103* Eine einzige weitere Ausbildung bis zu deren berufsqualifizierendem Abschluss wird gefördert, wenn im Zusammenhang mit der vorhergehenden Ausbildung der Zugang zu ihr eröffnet worden ist, sie in sich selbständig ist und in derselben Richtung fachlich weiterführt.

§ 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 BAföG

*104* Eine einzige weitere Ausbildung wird gefördert, wenn der Auszubildende eine Fachoberschulklasse,

deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, eine Abendhauptschule, eine Berufsaufbauschule, eine Abendrealschule, ein Abendgymnasium oder ein Kolleg besucht oder die Zugangsvoraussetzung für die zu fördernde weitere Ausbildung an einer der in Buchstabe a) genannten Ausbildungsstätten erworben hat, auch durch eine Nichtschülerprüfung oder eine Zugangsprüfung zu einer Hochschule.

§ 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 BAföG:

*105* Eine einzige weitere Ausbildung wird bis zum berufsqualifizierenden Abschluss gefördert, wenn der Auszubildende als erste berufsbildende eine zumindest dreijährige Ausbildung an einer Berufsfachschule oder einer Fachschulklasse, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, abgeschlossen hat.

§ 7 Abs. 2 Satz 2 BAföG:

*106* Nach dem ergänzenden Förderungstatbestand des § 7 Abs. 2 Satz 2 BAföG wird Ausbildungsförderung für eine einzige weitere Ausbildung nur geleistet, wenn die besonderen Umstände des Einzelfalls, insbesondere das angestrebte Ausbildungsziel dies erfordern. Diese Bestimmung ist als Ausnahme- und Härteregelung eng auszulegen; sie hat nicht die Funktion eines generellen Auffangtatbestandes für Fälle, die sonst vom § 7 Abs. 2 Satz 1 BAföG nicht erfasst werden.

*107* Unter den bestimmten, vorgenannten Voraussetzungen erfolgt die Förderung grundsätzlich je zur Hälfte als Zuschuss und als unverzinsliches Darlehen, in den übrigen Fällen ausschließlich in der Form eines verzinslichen Bankdarlehens entsprechend § 18c BAföG.

*108* Ob eine weitere Berufsausbildung nach dem BAföG dem Grund nach überhaupt förderungsfähig ist, kann auch schon vor Beginn der Ausbildung durch die Beantragung einer Vorabentscheidung geklärt werden. Örtlich und sachlich zuständig für die Entscheidung ist das Amt, das nach Aufnahme der Ausbildung über den Antrag auf Ausbildungsförderung zu entscheiden hat. Unterliegt die angegebene Fachrichtung der Zulassung in einem zentralen oder regionalen Vergabeverfahren und kann die Ausbildungsstätte nicht bestimmt bezeichnet werden, so richtet sich die Zuständigkeit des Amtes nach der Angabe des Auszubildenden über die erste Studienortpräferenz.

109 Im Falle einer positiven Entscheidung erlangt der Auszubildende eine gesicherte Rechtsposition, da die Entscheidung für den gesamten Ausbildungsabschnitt gilt. Art und Höhe der Leistung sind nicht Gegenstand der Vorabentscheidung. Hierüber kann erst bei Aufnahme der Ausbildung entschieden werden. Das Amt ist an die Entscheidung nicht mehr gebunden, wenn der Auszubildende die Ausbildung nicht binnen eines Jahres nach Antragstellung beginnt.

### **Bachelor- oder Bakkalaureusstudiengang**

110 Neben den aufgezeigten Möglichkeiten der Förderung einer weiteren Ausbildung sieht das BAföG die Förderung eines Master- oder Magisterstudienganges oder eines postgradualen Studienganges vor, wenn dieser auf einem Bachelor- oder Bakkalaureusstudiengang aufbaut und der Auszubildende außer dem Bachelor- oder Bakkalaureusstudiengang noch keinen Studiengang abgeschlossen hat. Hierbei ist ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Bachelor-/Bakkalaureus- und aufbauendem Studiengang nicht erforderlich. Ist der Auszubildende zwischen dem Bachelor-/Bakkalaureus- und dem aufbauenden Studiengang mindestens drei Jahre erwerbstätig, so erfolgt die Förderung elternunabhängig, d. h. ohne Berücksichtigung des Einkommens der Eltern. Die Altersgrenze im BAföG von 30 Jahren muss jedoch grundsätzlich eingehalten werden.

### **Ausbildungsförderung nach einem Fachrichtungswechsel oder dem Abbruch einer früheren Ausbildung**

111 Für eine andere Ausbildung kann Ausbildungsförderung nach dem BAföG nur geleistet werden, wenn der Abbruch der früheren Ausbildung oder Wechsel der Fachrichtung aus wichtigem Grund oder aus unabweisbarem Grund erfolgt ist.

Bei Auszubildenden an Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen ist ein Abbruch oder Wechsel „aus wichtigem Grund“ für eine weitere Förderung nur dann unschädlich, wenn er bis zum Beginn des vierten Fachsemesters erfolgt. Hierdurch sollen die Auszubildenden angehalten werden, sich frühzeitig über die Anforderungen der jeweiligen Berufsausbildung und -ausübung zu informieren. Für einen Wechsel „aus unabweisbarem Grund“ gilt diese zeitliche Begrenzung nicht.

Die bei einem Wechsel/Abbruch „aus wichtigem Grund“ in der aufgegebenen Fachrichtung verbrachten Semester werden auf die Förderungshöchstdauer

der neuen Fachrichtung angerechnet. Die dann über diese Förderungshöchstdauer zusätzlich zugestandene Zeit wird ausschließlich als verzinliches Bankdarlehen gewährt.

Erfolgt der Wechsel/Abbruch hingegen „aus unabweisbarem Grund“, bleibt es bei der Förderungsart Zuschuss/zinsloses Darlehen auch während der zusätzlich benötigten Zeit.

Bei einem erstmaligen Fachrichtungswechsel oder Ausbildungsabbruch wird in der Regel vermutet, dass ein wichtiger Grund vorgelegen hat und der Fachrichtungswechsel bzw. Ausbildungsabbruch unverzüglich nach Kenntnis des wichtigen Grundes vorgenommen wurde. Bei Auszubildenden an Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen gilt dies nur, wenn der Wechsel oder Abbruch bis zum Beginn des dritten Fachsemesters erfolgt. Bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes „wichtiger Grund“ ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) eine Zumutbarkeitsprüfung, die auf einer Interessenabwägung beruht, vorzunehmen. Ein wichtiger Grund ist danach dann gegeben, wenn unter Berücksichtigung aller im Rahmen der Ausbildungsförderung erheblichen Umstände, die sowohl durch die am Ziel der Ausbildungsförderung orientierten öffentlichen Interessen, als auch durch die Interessen des Auszubildenden bestimmt werden, dem Auszubildenden die Fortsetzung der bisherigen Ausbildung nicht mehr zugemutet werden kann.

Im Interessenbereich des Auszubildenden hat das BVerwG im Hinblick auf die allgemeinen Förderungsgrundsätze im BAföG vor allem die Umstände berücksichtigt, die an Neigung, Eignung und Leistung des Auszubildenden anknüpfen. Daher kann in einem Eignungsmangel oder einem Neigungswandel ein wichtiger Grund gesehen werden, der es unzumutbar werden lässt, die bisherige Ausbildung fortzusetzen.

Ebenso wie das Interesse des Auszubildenden ist auch das öffentliche Interesse an einer sparsamen, zielgerichteten Verwendung der Förderungsmitel zu berücksichtigen. Aus dem Ziel des BAföG, grundsätzlich nur solche Ausbildungen zu fördern, die zu einem berufsqualifizierenden Abschluss führen, werden im BAföG auch Verpflichtungen des Auszubildenden hergeleitet. Der Auszubildende hat seine Ausbildung umsichtig zu planen und zielstrebig durchzuführen. Dieser Verpflichtung genügt er regel-

mäßig nur dann, wenn er sich unmittelbar derjenigen Ausbildung zuwendet, die seiner Eignung und Neigung am besten entspricht und die ihm die Qualifikation für den erstrebten Beruf verschafft. Treten bei der Beurteilung von Eignung und Neigung Schwierigkeiten auf, so ist der Auszubildende entsprechend seinem Ausbildungsstand und Erkenntnisvermögen gehalten, den Gründen, die einer Fortsetzung der Ausbildung entgegenstehen, rechtzeitig zu begegnen. Der Auszubildende ist deshalb bei einem Eignungsmangel oder Neigungswandel gehalten, unverzüglich die erforderlichen Konsequenzen zu ziehen und die bisherige Ausbildung abzubrechen, sobald er sich über die fehlende Neigung oder Eignung Gewissheit verschafft hat oder nach seinem Ausbildungsstand und Erkenntnisvermögen hätte verschaffen können. Mit dem gesetzlichen Förderungszweck ist es unvereinbar, wenn der Auszubildende eine Ausbildung aufnimmt oder noch weiterführt, obwohl er erkannt hat oder hätte erkennen können, dass sie nicht seiner Neigung oder Eignung entspricht und er sie auch nicht berufsqualifizierend abschließen will. Hat der Auszubildende nicht unverzüglich die Ausbildung abgebrochen oder die Fachrichtung gewechselt, nachdem ihm die als wichtiger Grund zu wertende Tatsache bekannt oder in ihrer Bedeutung bewusst geworden ist, so ist eine spätere Berufung auf diese Tatsache förderungsrechtlich nicht beachtlich.

Ein wichtiger Grund ist in der Regel anzunehmen im Falle des Wechsels von einer Ausbildungsstätte nach der im BAföG bezeichneten Arten zu einer anderen der dort bezeichneten Arten. Dies gilt auch für einen Wechsel innerhalb derselben Ausbildungsstättenart (z. B. Wechsel von der Berufsfachschule für Technische Assistenten zur Schule für Krankengymnastik).

Eine allgemeine Verschlechterung der Berufsaussichten ist kein wichtiger Grund.

Unbeschadet der vorstehenden Grundsätze kann eine Tatsache aber nur dann als wichtiger Grund beachtlich sein, wenn sie dem Auszubildenden vor Aufnahme der bisher betriebenen Ausbildung nicht bekannt war oder in ihrer Bedeutung nicht bewusst sein konnte.

Aus der Verpflichtung des Auszubildenden, seine Ausbildung umsichtig zu planen und zielstrebig durchzuführen, folgt, dass die Aufnahme einer Parkausbildung, d. h. einer nicht der wahren Neigung und Eignung entsprechenden Ausbildung, die der Auszubildende lediglich zur Überbrückung notwendiger

Wartezeiten und nicht mit dem Ziel eines berufsqualifizierenden Abschlusses betreibt, im Regelfall förderungsschädlich ist. Eine Ausnahme hiervon gilt nur in den eng begrenzten Fällen, in denen der Auszubildende durch rechtliche Beschränkungen bei der Vergabe von Studienplätzen zunächst daran gehindert ist, die seiner Neigung entsprechende Ausbildung aufzunehmen und statt dessen eine andere Ausbildung beginnt, die er - für den Fall, dass eine Zulassung in der Fachrichtung seiner Wahl endgültig nicht zu erreichen ist - auch berufsqualifizierend abschließen will. Die zeitliche Begrenzung nach dem BAföG ist in jedem Fall zu beachten. Davon, dass der Auszubildende zunächst allein durch Zulassungsbeschränkungen an der Aufnahme des Wunschstudiums gehindert worden ist, kann im allgemeinen nur dann ausgegangen werden, wenn er fortlaufend, ohne Unterbrechung, die ihm zur Verfügung stehenden Bewerbungsmöglichkeiten für sein Wunschstudium genutzt hat.

Hochschulrechtlichen Zulassungsbeschränkungen nicht gleichzusetzen ist die Nichtzulassung zum Wunschstudium wegen fehlender Nachweise der erforderlichen besonderen künstlerischen oder sonstigen Befähigung. Ein Parkstudium ist in diesen Fällen nicht gerechtfertigt.

Für Auszubildende an Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen ist ein Wechsel „aus wichtigem Grund“ ohne Verlust der Förderung nur bis zum Beginn des vierten Fachsemesters möglich. Diese Frist wird durch eine mögliche Anrechnung von Studienleistungen oder Studiensemestern des bisherigen Studiums nicht verlängert. Erfolgt jedoch in der neuen Fachrichtung eine Anrechnung aller bisherigen Fachsemester, ist nicht von einem Fachrichtungswechsel, sondern lediglich von einer - förderungsunschädlichen - Schwerpunktverlagerung auszugehen.

Gliedert sich eine Ausbildung nicht in Semester, sondern z. B. in Trimester, ist eine Vergleichsrechnung nach Monaten vorzunehmen.

Ein Wechsel/Abbruch „aus unabweisbarem Grund“ nach dem BAföG ist gegeben, wenn dieser Grund eine Wahl zwischen der Fortsetzung der bisherigen Ausbildung und ihrem Abbruch oder Wechsel nicht zulässt. Ein unabweisbarer Grund ist z. B. eine nach Aufnahme der Ausbildung eingetretene Behinderung oder eine Allergie gegen bestimmte Stoffe, die die Fortsetzung der Ausbildung oder die Ausübung des bisher angestrebten Berufs unmöglich macht.



Ob eine andere Ausbildung nach dem BAföG dem Grunde nach überhaupt förderungsfähig ist, kann auch schon vor Beginn der Ausbildung durch Beantragung einer Vorabentscheidung geklärt werden.

### Verlängerung der Förderungsdauer

112 Über die Förderungsdauer hinaus wird

- aus schwerwiegenden Gründen,
- infolge einer Mitwirkung in gesetzlich vorgeschriebenen Gremien und satzungsmäßigen Organen der Höheren Fachschulen, Akademien, Hochschulen und der Bundesländer, sowie in satzungsmäßigen Organen der Selbstverwaltung der Studierenden an den vorgenannten Ausbildungsstätten sowie der Studentenwerke,
- nach erstmaligem Nichtbestehens der Abschlussprüfung,
- bei einer Behinderung,
- bei einer Schwangerschaft oder
- bei der Pflege und Erziehung eines Kindes bis zu 10 Jahren

für eine angemessene Zeit Förderung geleistet (Rdnr. 132).

Angemessen ist eine Zeit, wenn sie der verlorenen Zeit entspricht, der die Zeit für die Überschreitung rechtfertigen Grund entspricht, es sei denn, nach Aktenlage steht fest, dass innerhalb der Verlängerung kein berufsqualifizierender Abschluss erfolgen oder die Voraussetzungen zur Zulassung zur Abschlussprüfung nicht geschaffen werden kann.

### Besonderheiten bei der Verlängerung der Förderungshöchstdauer bei Schwangerschaft\*)

113 Schwangerschaft und die Erziehung von Kindern können zur Verlängerung der Ausbildung und zu einer späteren Vorlage von Leistungsnachweisen führen. Dieser Tatbestand trägt das BAföG mit einigen Sonderregelungen Rechnung.

Grundsätzlich wird Förderung nur geleistet, solange die Ausbildung tatsächlich betrieben wird. Sie wird jedoch auch geleistet, solange Auszubildende durch eine Schwangerschaft gehindert sind, ihrer Ausbildung nachzugehen, allerdings nicht über das Ende

des dritten Kalendermonats der schwangerschaftsbedingten Ausbildungsunterbrechung hinaus. Der Monat, in den der Beginn der Unterbrechung fällt, wird dabei nicht mitgezählt.

Längerfristig stellt sich für die schwangeren Frauen die Frage, die Ausbildung zu unterbrechen oder aber Ausbildung und Kindererziehung nebeneinander zu betreiben. Wird die Ausbildung über den o. g. Zeitraum hinaus unterbrochen, wird die Förderung eingestellt. Nach dem Ende der Unterbrechung ist später allerdings auch die Wiederaufnahme der Förderung möglich. Bevor die Ausbildung unterbrochen wird, sollte auf jedem Fall Kontakt mit dem Amt für Ausbildungsförderung aufgenommen werden. Solange die Ausbildung unterbrochen ist, besteht möglicherweise einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG. Darüber berät das Sozialamt.

Wird die Ausbildung nicht unterbrochen, ändert sich an der Förderung zunächst nichts. Einen „Kinderzuschlag“ kennt das BAföG nicht. Eine mögliche Bedürftigkeit des Kindes kann vielmehr zu einem eigenen Anspruch des Kindes auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 12. Buch Sozialgesetzbuch – ehemals Bundessozialhilfegesetz – führen. Das BAföG trägt aber der zeitlichen Belastung, der durch Schwangerschaft und Kindererziehung entstehen, Rechnung.

Nach dem BAföG kann deshalb für eine „angemessene Zeit“ Förderung über die Förderungshöchstdauer hinaus gewährt werden, wenn diese infolge einer Schwangerschaft oder der Pflege und Erziehung eines Kindes bis zu 10 Jahren überschritten worden ist.

Als „angemessen“ im Sinne des BAföG werden folgende Verlängerungszeiten für Schwangerschaft und Kindererziehung angesehen:

- für die Schwangerschaft: 1 Semester,
- bis zu Vollendung des 5. Lebensjahres des Kindes : 1 Semester pro Lebensjahr,
- für das 6. und 7. Lebensjahr des Kindes: insgesamt 1 Semester,
- für das 8. bis 10. Lebensjahr des Kindes: insgesamt 1 Semester.

Die Schwangerschaft und/oder die Pflege oder Erziehung des Kindes müssen ursächlich für die

\*) Auszug aus dem Merkblatt „Schwangerschaft“ des Bundesministerium für Bildung und Forschung

Studienzeitverlängerung sein. Die Frage ob diese Voraussetzung vorliegt, klärt das zuständige Amt für Ausbildungsförderung in jedem Einzelfall.

Die Verlängerungszeiten für die Kindererziehung können auf beide studierenden Elternteile verteilt werden. In diesem Fall haben die Eltern eine Erklärung darüber abzugeben, wie die Kinderbetreuung zwischen ihnen aufgeteilt wurde.

Wichtig ist auch, dass die berücksichtigten Verlängerungszeiten am Ende nicht zu einer Erhöhung der „BAföG-Schulden“ führen; gemäß § 17 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 BAföG wird für die Zeit, in der Ausbildungsförderung nach § 15 Abs. 3 Nr. 5 BAföG über die Förderungshöchstdauer hinaus geleistet wird, die Förderung vollständig als Zuschuss geleistet.

Wer das Studium fortgeführt, sieht sich u. U. vor die Notwendigkeit gestellt, dem Amt für Ausbildungsförderung gegenüber nachzuweisen, dass ordnungsgemäß studiert wurde. Denn für Studierende wird ab dem 5. Fachsemester Ausbildungsförderung nur vom Zeitpunkt der Vorlage einer Bescheinigung an geleistet, aus der sich die Eignung für die gewählte Ausbildung ergibt.

Das Amt für Ausbildungsförderung kann jedoch die Vorlage dieses Leistungsnachweises zu einem späteren Zeitpunkt zulassen, wenn Tatsachen vorliegen, die voraussichtlich eine spätere Überschreitung der Förderungshöchstdauer rechtfertigen, also auch im Falle einer Studienverzögerung aufgrund von Schwangerschaft sowie Pflege und Erziehung eines Kindes bis zu 10 Jahren.

Sollte der Auszubildende neben Ausbildung und Kindererziehung auch noch ein Einkommen erzielen, erhöhen Kinder die Einkommens-Freibeträge, d. h. die Beträge, die man ohne eine Kürzung des BAföG verdienen darf. Nach dem BAföG wird für jedes Kind des Auszubildenden ein Freibetrag in Höhe von 435 Euro gewährt, es sei denn, das Kind selbst befindet sich in einer nach dem BAföG oder gem. § 59 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch förderungsfähigen Ausbildung.

### **Persönliche Voraussetzungen für den Bezug von BAföG-Leistungen**

114 Persönliche Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausbildungsförderung sind grundsätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit, Eignung und ein bestimmtes Höchstalter.

### **Staatsangehörigkeit**

115 Neben den Deutschen erhalten Ausländer Leistungen der Ausbildungsförderung, wenn ein Elternteil Deutscher ist oder wenn sie als Angehörige eines Staates der Europäischen Gemeinschaften Freizügigkeit oder ein Verbleiberecht genießen. Andere Ausländer werden berücksichtigt, wenn sie sich selbst insgesamt fünf Jahre vor Beginn der Ausbildung oder zumindest ein Elternteil in den letzten sechs Jahren vor Beginn des Ausbildungsabschnitts drei Jahre in der Bundesrepublik Deutschland rechtmäßig aufgehalten haben und erwerbstätig waren. Von dem Erfordernis der Erwerbstätigkeit des Elternteils während der letzten sechs Jahre kann abgesehen werden, wenn sie aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grunde (z. B. Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, Mutterschutz, Arbeitslosigkeit oder Fortbildung oder Umschulung im Sinne des AFG) nicht ausgeübt worden ist und er im Inland mindestens 6 Monate erwerbstätig war. Einbezogen sind auch heimatlose und als asylberechtigt anerkannte Ausländer.

### **Eignung**

116 Die Ausbildung wird gefördert, wenn die Leistungen des Auszubildenden erwarten lassen, dass er das angestrebte Ziel erreicht. Dies wird im Allgemeinen angenommen, solange der Auszubildende die Ausbildungsstätte besucht oder am Praktikum teilnimmt und beim Besuch einer Höheren Fachschule, Akademie oder Hochschule die jeweils verlangten Studienfortschritte erkennen lässt. Mit Beginn des fünften Fachsemesters an einer Höheren Fachschule, Akademie oder Hochschule sind Eignungsnachweise beizubringen. Schreiben Ausbildungs- und Prüfungsordnungen Zwischenprüfungen vor dem dritten Semester vor, ist die Förderung auch im dritten und vierten Semester von der Vorlage entsprechender Nachweise abhängig.

### **Altersbegrenzung**

117 Auszubildende, die bei Beginn des Ausbildungsabschnitts das 30. Lebensjahr vollendet haben, können grundsätzlich nicht gefördert werden.

### **Ausnahmeregelungen**

118 Es gibt grundsätzlich Ausnahmeregelungen, z. B.

- für Absolventen des zweiten Bildungsweges,
- für Berufstätige ohne formelle Hochschulzugangsberechtigung, die aufgrund ihrer berufli-

chen Qualifikation an einer Hochschule eingeschrieben worden sind,

- für Personen, die aus persönlichen (z. B. Krankheit) oder familiären (z. B. Kindererziehung) Gründen gehindert waren, die Ausbildung vor Vollendung des 30. Lebensjahres zu beginnen oder
- für Auszubildende, die durch Vorlage einer so genannten Rehabilitierungsbescheinigung nachweisen, dass sie Opfer politischer Verfolgung in der DDR waren.

*119* Eine Ausnahme von der Altersgrenze ist allerdings nur möglich, wenn der Auszubildende unverzüglich, d. h. nachdem er z. B. die Hochschulzugangsberechtigung erlangt oder ihn eine Krankheit nicht mehr an der Aufnahme einer Ausbildung gehindert hat, die Ausbildung seiner Wahl aufgenommen hat.

*120* Auskunft über weitere Ausnahmen von der Altersgrenze erteilen die Ämter für Ausbildungsförderung. Ob im Einzelfall eine Ausnahme von der Altersgrenze möglich ist, kann der Auszubildende durch einen Antrag auf Vorabentscheidung nach dem BAföG rechtzeitig vor Aufnahme der Ausbildung klären lassen.

### **Örtlich und sachliche Zuständigkeit für eine Vorabentscheidung**

*121* Örtlich und sachlich zuständig für die Vorabentscheidung ist das Amt, das nach Aufnahme der Ausbildung über den Antrag auf Ausbildungsförderung zu entscheiden hat. Im Falle einer positiven Entscheidung erlangt der Auszubildende eine gesicherte Rechtsposition, da die Entscheidung für den gesamten Ausbildungsabschnitt gilt. Art und Höhe der Leistung sind nicht Gegenstand der Vorabentscheidung. Hierüber kann erst bei Aufnahme der Ausbildung entschieden werden. Das Amt ist nicht mehr an die Entscheidung gebunden, wenn der Auszubildende die Ausbildung nicht binnen eines Jahres nach Antragstellung beginnt.

### **Antrag**

*122* Die Leistungen nach dem BAföG sollen schriftlich auf den dafür vorgesehenen Formblättern nach § 46 Abs. 3 BAföG beantragt werden. Der Antrag kann sowohl von den Auszubildenden selbst, sofern sie das 15. Lebensjahr vollendet haben (§ 36 Abs. 1 S.

1 SGB I), als auch von ihren gesetzlichen Vertretern gestellt werden.

Die Leistungen nach dem BAföG sind bei dem zuständigen Amt für Ausbildungsförderung zu stellen.

*123* Zuständig sind in der Regel für

- Studierende das Studentenwerk der Hochschule, an der der Studierende immatrikuliert ist,
- Auszubildende an Abendgymnasien, Kollegs, Höheren Fachschulen und Akademien das Amt für Ausbildungsförderung, in dessen Bezirk sich die Ausbildungsstätte befindet,
- alle anderen Schülerinnen und Schüler das Amt für Ausbildungsförderung der Stadt-/Kreisverwaltung am Wohnort der Eltern.

*124* Leistungen nach dem Ausbildungsförderungsrecht werden dabei frühestens vom Beginn des Antragsmonats an erbracht. Die Leistungen werden nicht rückwirkend erbracht.

## **Leistungen**

### **Förderungsarten**

*125* Die Förderung wird für Schüler als Zuschuss und für Studenten an Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen ab 01.07.1990 je zur Hälfte als Zuschuss und Darlehen geleistet.

Das Darlehen wurde bis zum 31.07.1996 nur als unverzinsliches Staatsdarlehen geleistet. Durch die Änderungen im 18. BAföGÄndG zum 01.08.1996 wurden die Darlehensleistungen in unverzinsliches Staatsdarlehen und verzinsliche Bankdarlehen aufgeteilt.

### **Bedarf**

*126* Als modernes Leistungsgesetz verzichtet das BAföG wegen des großen Kreises der durch das Gesetz Begünstigten auf eine individuelle Berechnung des monatlichen Bedarfs des Auszubildenden. Vielmehr wird für den Lebensunterhalt und die Ausbildungskosten ein monatlicher Pauschalsatz gewährt. Die Höhe der Pauschale richtet sich nach der Art der Ausbildung und danach, ob der Auszubildende bei seiner Familie wohnt oder auswärtig untergebracht ist.

*127* Die Förderungsleistungen für Schüler werden ausnahmslos als nicht rückzahlbarer Zuschuss ge-

<b>Zusammenstellung Bedarfssätze</b>		
<b>Gültige Bedarfssätze in Euro</b>		
<b>Ausbildungsstättenart</b>	<b>gesetzliche Grundlage (BAföG)</b>	<b>Betrag</b>
Berufsfachschulen und Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt	zu Hause § 12 (1) Nr. 1	192
Abendschulen, Berufsaufbauschulen, Abendrealschulen, Fachschuloberklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt	zu Hause § 12 (1) Nr. 2	348
Weiterführende allgemeinbildende Schulen, Berufsfachschulen, Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt	notwendige auswärtige Unterbringung § 12 (2) Nr. 1	348
Abendhauptschulen, Berufsaufbauschulen, Abendrealschulen, Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt	notwendige auswärtige Unterbringung § 12 (2) Nr. 2	417
Berufsoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, Abendgymnasium, Kollegs	zu Hause	
Grundbedarf	§ 13 (1) Nr. 1	310
Wohnpauschale	§ 13 (2) Nr. 1	44
	auswärtige Unterbringung	
Grundbedarf	§ 13 (1) Nr. 1	310
Wohnpauschale	§ 13 (2) Nr. 2	133
Höhere Fachschulen, Akademien, Hochschulen	zu Hause	
Grundbedarf	§ 13 (1) Nr. 2	333
Wohnpauschale	§ 13 (2) Nr. 1	44
	auswärtige Unterbringung	
Grundbedarf	§ 13 (1) Nr. 2	333
Wohnpauschale	§ 13 (2) Nr. 2	133
Krankenversicherungszuschlag	§ 13 a	47
Pflegeversicherungszuschlag	§ 13 a	8
Wohnzuschlag - nachweisabhängig -	§ 12 (3) und § 13 (3)	64

währt. Im Gegensatz dazu wird beim Besuch von Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen Ausbildungsförderung zur Hälfte als Zuschuss und zur Hälfte als unverzinsliches Staatsdarlehen geleistet. Ausgenommen hiervon sind die Zusatzleistungen bei einer Ausbildung im Ausland. Sie werden - unabhängig davon, ob der Student Voll- oder Teilförderung erhält - immer in Zuschussform ausgezahlt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die durch eine Auslandsausbildung entstehenden Mehrkosten von

der öffentlichen Hand endgültig getragen werden. Außerdem werden die Förderungsleistungen als Vollzuschuss gewährt, die infolge einer Behinderung, einer Schwangerschaft oder der Pflege und Erziehung eines Kindes bis zu zehn Jahren über die Förderungshöchstdauer hinaus erbracht worden sind.

128 Ab Herbst 1996 ist für Studenten als zusätzliche Förderungsart für die Durchführung von Zusatz- und Zweitausbildungen, die Verlängerungsphase nach

einem Fachrichtungswechsel sowie bis auf wenige Ausnahmen eine Förderung nach Überschreiten der Förderungshöchstdauer, ein verzinsliches Bankdarlehen eingeführt worden, das von der Kreditanstalt für Wiederaufbau - Bankengruppe - ausbezahlt wird.

129 Als Bedarf für Praktikanten gelten die Beträge, die den Auszubildenden zustehen für die Ausbildung, mit der das Praktikum zusammenhängt.

#### **Sonderbedarf für besondere Aufwendungen**

130 Nicht bei den Eltern wohnende Auszubildende erhalten für die nachgewiesenen Kosten der Unterkunft einen zusätzlichen Zuschuss, wenn die Mietkosten tatsächlich höher liegen, als in den Bedarfssätzen zugrunde gelegt ist. Auszubildende können eine Zusatzleistung bis zu 64 Euro erhalten. Bis zu diesem Betrag werden die nachgewiesenen Mehrkosten in voller Höhe gewährt. Deren Nachweis mit der ohnehin erforderlichen Bescheinigung über die auswärtige Unterbringung ist obligat. Berücksichtigungsfähig sind neben dem Mietpreis auch die nachgewiesenen Nebenkosten. Durch eine ausdrückliche Beschränkung auf Miet- und Nebenkosten sind die Kosten für Eigentumswohnungen nicht erstattungsfähig.

#### **Kranken- und Pflegeversicherungszuschläge**

131 Die Kranken- und Pflegeversicherungszuschläge sind einheitlich für alle Auszubildenden geregelt. Alle Auszubildenden, die als solche beitragspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder beitragspflichtig bei einem privaten, die Voraussetzungen des SGB V erfüllenden Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, können für Bewilligungszeiträume bis zum 31.03.2005 den Zuschlag erhalten. Für Bewilligungszeiträume ab dem 01.04.2005 erhalten nach der Änderung durch das 21. BAföGÄndG in einer gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Auszubildende nur dann noch den Kranken- und Pflegeversicherungszuschlag, wenn sie als Studenten bzw. Praktikanten versicherungspflichtig sind oder als freiwilliges Mitglied versichert sind. Dadurch werden bisher mögliche Doppelförderungen von bereits in der Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtige Bezieher von Waisenrenten nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V und von als Arbeitnehmer pflichtversicherte Studierende nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 7 SGB V vermieden. Für kostenfrei durch die Familienversicherung mitversicherte Auszubildende wird der Zuschlag ebenfalls nicht

gewährt. Dies gilt auch, wenn sie sich zusätzlich beitragspflichtig privat versichern.

Der Zuschlag beträgt bundesweit 47 Euro.

132 Vollversicherte Auszubildende in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten den Zuschlag ohne Prüfung ihrer tatsächlichen Krankenversicherungskosten. Bei teilversicherten Auszubildenden sind die tatsächlichen Krankenversicherungskosten zu ermitteln, da nur noch die Krankenversicherungskosten erstattet werden, die bei Antragstellung nachgewiesen werden können. Von der Erstattung der Kosten ausgenommen sind gesondert berechenbare Unterkunftskosten und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung. Bei einem Teilversicherungsvertrag mit diesen Sonderleistungen erfolgt ein pauschaler Abschlag von einem Zehntel der nachgewiesenen Versicherungskosten. Auch hier beträgt der Erstattungszuschlag höchstens 47 Euro.

133 Den Pflegeversicherungszuschlag erhalten nur Auszubildende, die ausschließlich beitragspflichtig versichert sind und deren Versicherungspflicht nicht bereits auf ihrer Eigenschaft als Arbeitnehmer oder Waisenrentenempfänger beruht.

#### **Internatsunterbringung**

134 Die Kosten einer Internatsunterbringung werden nur beim Vorliegen bestimmter, vorstehend genannter Voraussetzungen erstattet.

135 Unter Berücksichtigung aller Zuschläge beträgt damit der Förderungshöchstsatz für auswärts wohnende Auszubildende 585 Euro. Vgl. hierzu die Tabelle **Zusammenstellung Bedarfssätze / Gültige Bedarfssätze in Euro** auf S. 806.

#### **Zusatzleistungen bei Ausbildung im Ausland**

136 Für den Besuch von Höheren Fachschulen, Akademien und Hochschulen außerhalb der EU wird zu dem monatlichen Bedarfssatz ein Zuschlag gewährt, soweit die Lebens- und Ausbildungsverhältnisse in dem betreffenden Land dies erfordern. Die Zuschläge für die einzelnen Länder sind in der Verordnung über die Zuschläge zu dem Bedarf nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz bei einer Ausbildung im Ausland festgesetzt. Daneben werden Studiengebühren und Reisekosten ersetzt sowie 47 Euro monatlich geleistet, wenn der Auszubildende das Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes für das Ausland nachweist: Die Erstattung der Studiengebühren ist grundsätzlich auf 4.600 Euro je Studienjahr begrenzt.

<b>Freibeträge vom Einkommen bei der Leistungsberechnung</b>		
<b>Art der Freibeträge</b>	<b>gesetzliche Grundlage</b>	<b>Betrag in EUR</b>
Grundfreibetrag vom Elterneinkommen der miteinander verheirateten Eltern, wenn sie nicht dauernd getrennt leben	§ 25 (1) Nr. 1	1440
Grundfreibetrag vom Einkommen jedes Elternteils in sonstigen Fällen sowie vom Einkommen des Ehegatten des Auszubildenden	§ 25 (1) Nr. 2	960
Erhöhender Freibetrag für den nicht in Eltern-Kind-Beziehung zum Auszubildenden stehenden Ehegatten des Einkommensbeziehers	§ 25 (3) 1	480
Erhöhender Freibetrag für Kinder des Einkommensbeziehers sowie für weitere dem Einkommensbezieher gegenüber nach dem BGB Unterhaltsberechtigte um je	§ 25 (3) 2	435
Freibetrag vom Einkommen des Auszubildenden an		
a) weiterführenden allgemeinbildenden Schulen und Berufsfachschulen sowie Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt	§ 23 (1) Nr.1a	112
b) Abendhauptschulen, Berufsaufbauschulen und Abendrealschulen sowie Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt	§ 23 (1) Nr.1b	153
c) Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, Abendgymnasien, Kollegs, Höhere Fachschulen, Akademien und Hochschulen	§ 23 (1) Nr.1c	215
Freibetrag für den Ehegatten des Auszubildenden	§ 23 (1) Nr.2	480
Freibetrag für jedes Kind des Auszubildenden	§ 23 (1) Nr.3	435
Freibetrag von der Waisenrente		
a) bei Bedarf als Schüler	§ 23 (4) Nr. 1	153
b) bei Bedarf nach den übrigen Regelungen	§ 23 (4) Nr.1	112
Freibetrag zur Vermeidung unbilliger Härten bis zu	§ 23 (5)	205
Freibeträge für Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung, Bundesagentur für Arbeit sowie freiwillige Aufwendungen zur Sozialversicherung und private Kranken-, Pflege-, Unfall- oder Lebensversicherung		
für rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer und für Arbeitende	§ 21 (2) Nr. 1	21,5% bis 10.400 EUR jährlich
für nicht rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer und für Personen im Ruhestandsalter, die einen Anspruch auf Alterssicherung aus einer renten- oder nicht rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit haben	§ 21 (2) Nr. 2	12,9% bis 5.100 EUR jährlich
für Nichtarbeitnehmer und auf Antrag von der Versicherungspflicht befreite oder wegen geringfügiger Beschäftigung versicherungsfreie Arbeitnehmer	§ 21 (2) Nr. 3	35% bis 16.500 EUR jährlich
für Personen im Ruhestandsalter, soweit sie nicht erwerbstätig sind, und für sonstige nicht Erwerbstätige	§ 21 (2) Nr. 4	12,9% bis 5.100 EUR jährlich



Dieser Höchstbetrag kann in Ausnahmefällen überschritten werden.

### Anrechnung von Einkommen und Vermögen

137 Auf den Bedarf sind das Einkommen des Auszubildenden, seines Ehegatten und der Eltern sowie das Vermögen des Auszubildenden anzurechnen. Die Berechnungsgrundlage für die Höhe der Leistungen ist in den meisten Fällen das Einkommen der Eltern des Antragstellers. Wenn also bei einem verheirateten Auszubildenden das Einkommen des Auszubildenden und seines Ehegatten zur Deckung seines Bedarfs nicht ausreicht, ist auch das Einkommen der Eltern heranzuziehen.

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz tritt mit seinen Leistungen grundsätzlich nachrangig ein. Es berücksichtigt die bürgerlich-rechtliche Unterhaltspflicht der Eltern, die nach § 1610 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dem Kind eine angemessene Vorbildung zu einem Beruf schulden.

138 Diese bürgerlich-rechtliche Unterhaltspflicht der Eltern besteht unverändert auch dann, wenn die Eltern nicht oder nicht mehr miteinander verheiratet sind.

139 Es mag umstritten sein, ob nach bürgerlichem Recht ein Ehegatte einen Ausbildungsfinanzierungsanspruch gegen den anderen Ehegatten hat. Gleichwohl hat der Gesetzgeber im BAföG uneingeschränkt angeordnet, dass auch das Einkommen des Ehegatten des Auszubildenden auf den Bedarf anzurechnen ist. Dabei ist der Gesetzgeber von dem Interesse des einen Ehegatten an der Ausbildung des anderen Ehegatten ausgegangen. Ein Ehegatte wird an dem durch eine qualifizierte Ausbildung in aller Regel bedingten gesellschaftlichen Aufstieg und höheren wirtschaftlichen Ertrag der Erwerbstätigkeit teilhaben. Darum muss sich ihm der Beitrag zur Ausbildung des anderen Ehegatten als nützliche Investition darstellen.

140 Der nach den Maßstäben des BAföG angerechnete monatliche Unterhaltsbetrag der Eltern wird bis zur Höhe des in Frage kommenden monatlichen Bedarfs des Auszubildenden vorausgeleistet, wenn der Auszubildende glaubhaft macht, dass die Eltern (Vater und/oder Mutter) diesen Unterhaltsbetrag nicht zahlen. Der Unterhaltsanspruch des Auszubildenden geht in Höhe der Vorausleistungsbeträge auf das jeweilige Bundesland über. Das Amt für Ausbildungsförderung prüft in diesem Fall individuell, ob und in welcher Höhe die konkrete wirtschaftliche

Lage einen Unterhaltsanspruch rechtfertigt. Wenn es diese Frage verneint, bleibt der Förderungsbetrag dem Auszubildenden endgültig. Nur wenn und soweit es den Anspruch bejaht, macht es ihn gegenüber den unterhaltspflichtigen Eltern geltend, dann allerdings notfalls auch gerichtlich. Durch den Übergang des Unterhaltsanspruchs auf das Land führt das Amt für Ausbildungsförderung den Unterhaltsprozess gegen die Eltern. Dem Auszubildenden soll erspart werden, selbst gegen seine zahlungsunwilligen Eltern gerichtlich vorgehen zu müssen. Die Vorausleistungsmöglichkeit ist auf Grund des 12. BAföGÄndG ab 01.07.1990 auf diejenigen Auszubildenden beschränkt, die noch keine Ausbildung berufsqualifizierend abgeschlossen haben. Leistet ein Ehegatte dem anderen Ehegatten den Ausbildungsbeitrag nicht, ist ein Anspruch auf Vorausleistungen nicht gegeben.

### Anzurechnendes Einkommen

141 Berechnungsgrundlage ist in aller Regel die Summe der positiven Einkünfte im Sinne von § 2 Abs. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG). Davon sind die Einkommen- und Kirchensteuer, die pauschal festgesetzten Aufwendungen für die soziale Sicherung sowie der Altersentlastungsbetrag abzuziehen. Ein Ausgleich von Verlusten aus einer Einkunftsart mit positiven Einkünften aus einer anderen der in § 2 Abs. 1 EStG genannten sieben Einkunftsarten sowie der Verlustausgleich zwischen zusammen veranlagten Ehegatten ist ausdrücklich ausgeschlossen. Eine Ausnahme vom Verbot des Verlustausgleichs besteht nur bei selbst genutzten Eigentumswohnungen und selbst genutzten Einfamilienhäuser. Von den positiven Einkünften im Sinne des BAföG werden bei selbst genutzten Eigentumswohnungen oder Einfamilienhäusern die nach dem Einkommensteuergesetz als Sonderausgaben berücksichtigten Beträge abgezogen. Hinzugerechnet werden weitere Einnahmen wie Waisenrente und Waisengeld des Antragstellers, Ausbildungsbeihilfen und gleichartige Leistungen – mit Ausnahme der Leistungen nach dem BAföG – und grundsätzlich sonstige Einnahmen, die zur Deckung des Lebensbedarfs bestimmt sind. Vgl. hierzu die Tabelle **Freibeträge vom Einkommen bei der Leistungsgewährung** auf S. 808.

142 Die pauschal festgesetzten Aufwendungen für die soziale Sicherung belaufen sich

- für rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer und für Auszubildende auf 21,5%, höchstens jedoch ein Betrag von jährlich 10.400 Euro,

- für nicht rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer und für Personen im Ruhestand, die einen Anspruch auf Alterssicherung aus einer renten- oder nicht rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit haben, 12,9%, höchstens jedoch ein Betrag von jährlich 5.100 Euro,
- für Nichtarbeitnehmer und auf Antrag von der Versicherungspflicht befreite oder wegen geringfügiger Beschäftigung versicherungsfreie Arbeitnehmer 35%, höchstens jedoch ein Betrag von jährlich 16.500 Euro sowie
- für Personen im Ruhestandsalter, soweit sie nicht erwerbstätig sind, und für sonstige Nichterwerbstätige 12,9%, höchstens jedoch ein Betrag von jährlich 5.100 Euro.

143 Das Verfahren der Anrechnung des Einkommens der Eltern und des Ehegatten der Auszubildenden grundsätzlich auf der Basis der Einkommensverhältnisse im vorletzten Kalenderjahr vor Beginn des Bewilligungszeitraumes bietet in der Regel sowohl für die Auszubildenden als auch für die Verwaltung Vorteile, kann aber in Einzelfällen zu Ungerechtigkeiten führen, die sich durch einen Aktualisierungsantrag verhindern lassen.

Der Gesetzgeber hat in den Fällen, in denen das Einkommen der Eltern und/oder des Ehegatten des Auszubildenden auf den Bedarf anzurechnen ist, mit dem jeweils vorvergangenen Jahr einen Berechnungszeitraum bestimmt, der abgeschlossen in der Vergangenheit liegt und über den sich bezüglich des Einkommens sichere Angaben an Hand vorliegender Unterlagen - z. B. Jahreslohnbescheinigung, Steuerbescheide - machen lassen. Dieser verwaltungsvereinfachenden Regelung liegt die Erfahrung zugrunde, dass insbesondere bei den Eltern, aber auch bei dem erwerbstätigen Ehegatten eines Auszubildenden das Einkommen im Laufe der Zeit sehr häufig entweder maßvoll ansteigt oder zumindest unverändert bleibt. Anders als beim Auszubildenden selbst entwickeln sich die Einkünfte der beruflich etablierten Eltern oft kontinuierlich. Problematisch wird es für Auszubildende aber dann, wenn das Einkommen der Eltern oder des Ehegatten gesunken ist, z. B. durch Arbeitslosigkeit oder Eintritt in den Ruhestand.

Ist demzufolge das aktuelle Einkommen der Eltern oder des Ehegatten des Auszubildenden deutlich geringer als im vorvergangenen Jahr, kann nach § 24

Abs. 3 BAföG nur auf Antrag des Auszubildenden der Berechnungszeitraum für dieses Einkommen aktualisiert werden.

Dabei ist das voraussichtliche Einkommen innerhalb des gesamten Bewilligungszeitraums zu berücksichtigen.

Im Einzelnen ist für einen Aktualisierungsantrag folgendes zu beachten:

- Der Antrag muss vom Auszubildenden selbst gestellt werden.
- Der Antrag ist nur dann zulässig, wenn das Eltern- oder Ehegatteneinkommen im Bewilligungszeitraum voraussichtlich wesentlich niedriger ist als im vorvergangenen Jahr. Als wesentlich niedriger gilt das Einkommen dann, wenn sich bei Berücksichtigung der Einkommensminderung der Förderungsbetrag um mindestens 10 Euro monatlich erhöht. Das Amt für Ausbildungsförderung macht auf Anfrage eine Proberechnung.
- Der Antrag muss innerhalb des Bewilligungszeitraumes gestellt werden. Nachträglich, also erst nach Ablauf des jeweiligen Bewilligungszeitraumes gestellte Anträge können nicht mehr berücksichtigt werden.
- Das niedrigere Einkommen muss glaubhaft gemacht werden.
- Die einmal beantragte Aktualisierung kann nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Wenn der Antrag auf Einkommensaktualisierung Erfolg hat, wird der Förderungsbetrag zunächst unter dem Vorbehalt der Rückforderung geleistet. Sobald sich später das Einkommen, das im Bewilligungszeitraum erzielt wurde, endgültig feststellen lässt, wird über den Antrag abschließend entschieden.

Sollte sich bei der abschließenden Entscheidung herausstellen, dass ein zu hoher Förderungsbetrag geleistet wurde, weil das Einkommen doch höher als angenommen ausgefallen ist, entsteht ein Rückzahlungsanspruch, der sich gegen den Auszubildenden selbst richtet. Deshalb hat der Gesetzgeber die Aktualisierung von dem besonderen Antrag des Auszubildenden abhängig gemacht. Ein Hinweis eines Elternteils auf eine Verschlechterung seiner Einkommensverhältnisse reicht für eine Aktualisierung nicht aus.

Die Aktualisierung des Berechnungszeitraumes kann für das Einkommen jeder Person, das auf den Bedarf anzurechnen ist, gesondert beantragt werden. Dies gilt auch dann, wenn beide Elternteile Einkommen erzielen und beide zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden.

Für den Antrag auf Aktualisierung gibt es bei den Ämtern für Ausbildungsförderung sowie im Internet unter [www.das-neue-bafoeg.de](http://www.das-neue-bafoeg.de) ein Formblatt (Formblatt 7).

144 Beim Auszubildenden selbst ist immer das aktuelle Einkommen maßgebend.

### **Bewilligungszeitraum**

145 Der Bewilligungszeitraum umfasst bei Schülern in der Regel das Schuljahr, bei Studenten zwei Studienssemester.

### **Elternunabhängige Förderung**

146 Das BAföG enthält Ausnahmen von der elternabhängigen Förderung. Einkommen und Vermögen der Eltern bleiben außer Betracht, wenn der Auszubildende

- ein Abendgymnasium oder Kolleg besucht,
- bei Beginn des Ausbildungsabschnitts das 30. Lebensjahr vollendet hat,
- bei Beginn des Ausbildungsabschnitts nach Vollendung des 18. Lebensjahres fünf Jahre erwerbstätig war,
- bei Beginn des Ausbildungsabschnitts nach Abschluss einer vorhergehenden, zumindest dreijährigen berufsqualifizierenden Ausbildung drei Jahre oder im Fall einer kürzeren Ausbildung entsprechend länger erwerbstätig war.

In diesen Fällen unterstellt der Gesetzgeber, dass die Verpflichtung der Eltern zur Finanzierung einer Berufsausbildung nicht mehr besteht, so dass die Frage der Unterhaltsverpflichtung nach den dafür maßgebenden zivilrechtlichen Grundsätzen nicht mehr zu prüfen ist; lediglich bei der Gesetzesauslegung können der Gesetzeszweck und damit der zivilrechtliche Hintergrund an Bedeutung gewinnen.

### **Zweiter Bildungsweg**

149 Junge Frauen und Männer, die nach einem Mittleren Bildungsabschluss und einer Lehre ein

Abendgymnasium oder Kolleg besuchen, erhalten unabhängig vom Einkommen und Vermögen der Eltern Leistungen nach dem BAföG. Die Privilegierung der so genannten Abitur-Nachholphase ist angesichts der großen Bedeutung des Zweiten Bildungsweges gerechtfertigt. Während eines anschließenden Hochschulstudiums werden ehemalige Besucher eines Abendgymnasiums oder Kollegs jedoch nicht mehr elternunabhängig gefördert, es sei denn, die Voraussetzungen der anderen Ausnahmebestimmungen des BAföG liegen vor, was nicht selten der Fall ist (z. B. längere Zeit der Erwerbstätigkeit nach der Berufsausbildung).

### **Altersgrenze (30. Lebensjahr vollendet)**

150 Bei dieser Regelung ist der Zusammenhang mit § 10 Abs. 3 BAföG zu beachten. Die Rechtsfolge der elternunabhängigen Förderung tritt nur ein, wenn der Auszubildende unter Altersgesichtspunkten überhaupt einen Anspruch auf Ausbildungsförderung hat. Dies ist nach § 10 Abs. 3 Satz 1 BAföG grundsätzlich nicht der Fall, wenn er bei Beginn des Ausbildungsabschnitts das 30. Lebensjahr vollendet hat; erst wenn einer der Ausnahmetatbestände des § 10 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 bis 4 BAföG vorliegt und deshalb trotz Überschreitens der Altersgrenze Ausbildungsförderung geleistet wird, erfolgt die Ausbildungsförderung immer elternunabhängig.

### **Zeiten der Erwerbstätigkeit**

151 Nach dieser Vorschrift wird ein Auszubildender grundsätzlich auch elternunabhängig gefördert, wenn er nach Vollendung des 18. Lebensjahres oder nach der Berufsausbildung längere Zeit erwerbstätig war. Es werden also typische Sachverhalte erfasst, bei denen das Gesetz unterstellt, dass der Auszubildende nicht mehr mit Unterhaltsansprüchen für eine weitere Ausbildung an seine Eltern heranreten kann und es daher angebracht ist, ihn elternunabhängig zu fördern.

152 Ein Anspruch auf elternunabhängige Förderung besteht für den Auszubildenden, der bei Beginn des Ausbildungsabschnitts

- nach Vollendung des 18. Lebensjahres fünf Jahre erwerbstätig war oder
- nach Abschluss einer vorhergehenden zumindest dreijährigen berufsqualifizierenden Ausbildung drei Jahre oder im Fall einer kürzeren Ausbildung entsprechend länger erwerbstätig war.

153 Dies gilt jedoch nur dann, wenn der Auszubildende in den Jahren seiner Erwerbstätigkeit in der Lage gewesen ist, sich aus dem Ertrag selbst zu unterhalten.

154 Von einer den Lebensunterhalt sichernden Erwerbstätigkeit im Sinne des BAföG kann nur dann gesprochen werden, wenn aus deren Ertrag der Erwerbstätigkeit auch finanzielle Vorsorge gegen die Folgen von Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit getroffen werden konnte.

155 Für das BAföG ist eine den Lebensunterhalt sichernde Erwerbstätigkeit für die Zeit ab dem 01.04.2001 gegeben, wenn der monatliche Bruttolohn mindestens 560 Euro erreicht Für Zeiten vor dem 01.04.2001 liegt der erforderliche Bruttolohn niedriger. Einzelheiten hierzu teilt das zuständige Amt für Ausbildungsförderung mit. Es ist unerheblich, ob das Einkommen aufgrund einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung erzielt wurde.

156 Die Zeiten der Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit zusammen müssen mindestens sechs Jahre ausmachen. Nach dem Gesetz führt eine Verkürzung der Berufsausbildung zu einer entsprechenden Verlängerung der Zeit der Erwerbstätigkeit; hingegen führt eine Verlängerung der Berufsausbildung nicht zur Verkürzung der Zeit der Erwerbstätigkeit. Dies ergibt sich aus dem Zweck der Bestimmung, wonach das Gesetz erst bei einer mindestens dreijährigen Erwerbstätigkeit des Auszubildenden unterstellt, dass die Eltern nicht mehr damit rechnen müssen, für eine Ausbildung ihres Kindes noch Ausbildungskosten aufbringen zu müssen.

157 Nach der Rechtsprechung ist eine die Lebensgrundlage sichernde Erwerbstätigkeit jedoch dann zu berücksichtigen, wenn daneben eine weitere Schul- oder Ausbildung betrieben wird und die Einkünfte nicht im Rahmen eines Ausbildungsverhältnisses, sondern für eine arbeitsvertraglich geschuldete Berufstätigkeit erzielt werden. Ferienarbeit während der Ausbildung ist jedoch weiterhin nicht zu berücksichtigen

158 Für die Berechnung der Zeit der Erwerbstätigkeit in den Fällen gilt folgendes:

Zeiten des Wehr- oder Zivildienstes sowie diesen gleichgestellter Dienste, des freiwilligen sozialen Jahres und des freiwilligen ökologischen Jahres gelten ebenso wie die Haushaltsführung eines Elternteils, der zumindest ein Kind unter 10 Jahren oder ein Kind, das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, im

eigenen Haushalt zu versorgen hat, als Zeit der den Lebensunterhalt sichernden Erwerbstätigkeit.

159 Zu den Zeiten der Erwerbstätigkeit zählen auch Zeiten

- der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit,
- der Mutterschutzfrist nach dem Mutterschutzgesetz,
- der Erwerbsunfähigkeit,
- der Arbeitslosigkeit, soweit während dieser Zeit nicht eine nach dem BAföG förderungsfähige Ausbildung stattgefunden hat,
- der Teilnahme an einer nach den für den jeweils zuständigen Träger geltenden Vorschriften geförderten Maßnahme zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation oder
- der Teilnahme an einer Fortbildung oder Umschulung nach den §§ 41 bis 47 des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG) in der bis zum 31.12.1997 geltenden Fassung bzw. der Teilnahme an Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung nach §§ 77 ff SGB III,

wenn der Auszubildende während dieser Zeit entsprechende Leistungen erhielt.

160 Während dieser Zeiten wird Einkommen in Höhe von 466 Euro als ausreichend angesehen.

#### **Elternunabhängige Förderung bei unbekanntem Aufenthaltsort der Eltern**

161 Nach dieser Bestimmung bleiben Einkommen und Vermögen der Eltern ferner außer Betracht, wenn ihr Aufenthaltsort nicht bekannt ist oder sie rechtlich oder tatsächlich gehindert sind, im Inland Unterhalt zu leisten.

162 Unbekannt ist der Aufenthaltsort der Eltern oder eines Elternteils dann, wenn der Auszubildende und das Amt für Ausbildungsförderung ihn nicht kennen und auch trotz gehöriger Anstrengung nicht in der Lage sind, ihn zu ermitteln.

163 Die zweite Alternative dieser Bestimmung meint nur Fälle, in denen sich Eltern - seien es Auslandsdeutsche oder Ausländer - im Ausland aufhalten und aus zwingenden rechtlichen Gründen Zahlungen nicht erbringen können oder sich durch Unterhaltszahlungen an den Auszubildenden aus ihrem Heimat-

land dort der Gefahr von Verfolgungsmaßnahmen aussetzen könnten.

*164* Wird eine Erwerbstätigkeit vor Beginn der Ausbildung vorausgesetzt, muss der Auszubildende in diesen Jahren in der Lage gewesen sein, sich aus dem Ertrag dieser Erwerbstätigkeit selbst zu unterhalten.

### Eltern-Rechnung

*165* Wird das Einkommen der Eltern bei der Bedarfsermittlung eines Auszubildenden herangezogen, bleiben nach geltendem Recht anrechnungsfrei vom

- Einkommen der miteinander verheirateten Eltern, wenn sie nicht dauernd getrennt leben 1 440 Euro
- Einkommen jedes Elternteils in sonstigen Fällen sowie vom Einkommen des Ehegatten des Auszubildenden 960 Euro

Die Freibeträge erhöhen sich

- für den nicht in Eltern-Kind-Beziehung zum Auszubildenden stehenden Ehegatten des Einkommensbeziehers um 480 Euro,
- für Kinder des Einkommensbeziehers sowie für weitere dem Einkommensbezieher gegenüber nach dem bürgerlichen Recht Unterhaltsberechtigte um je 435 Euro, wenn sie nicht in einer Ausbildung stehen, die nach dem BAföG oder nach § 59 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch gefördert werden kann.

*166* Die vorgenannten Freibeträge für die anderen Kinder und für die weiteren dem Einkommensbezieher gegenüber nach dem bürgerlichen Recht Unterhaltsberechtigten mindern sich um das Einkommen des Kindes oder sonstigen Unterhaltsberechtigten.

*167* Vom Einkommen der Eltern und des Ehegatten bleiben nach Abzug dieser Grundfreibeträge weitere 50 v. H. für den Einkommensbezieher und jeweils weitere 5 v. H. für jedes Kind, wenn es nicht in einer Ausbildung nach dem BAföG oder nach § 59 SGB III (AFG) steht, anrechnungsfrei.

*168* Ist der Auszubildende verheiratet und sein Ehegatte erwerbstätig, bleiben für den Ehegatten 960 Euro anrechnungsfrei.

### Einkommen des Auszubildenden

*169* Ab 01.04.2003 sind mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz

II) Änderungen im Einkommensteuergesetz (EStG) in Kraft getreten, die zu einer grundsätzlichen Anrechenbarkeit von Einkünften aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen bei der Berechnung von BAföG-Leistungen führen. Die Änderungen, die sich bei den Auszubildenden sofort auswirken, stellen sich wie folgt dar:

Bei Arbeitseinkünften werden zunächst die pauschalierten Werbungskosten in Höhe von 1.044 Euro jährlich / 87 Euro monatlich entsprechend dem Einkommensteuergesetz abgesetzt. Von diesem verminderten Betrag wird dann nach dem BAföG zusätzlich eine Sozialpauschale in Höhe von 21,5 v. H. (maximal 10.400 Euro jährlich) abgezogen.

*170* Von dem so errechneten Betrag können dann noch die jeweils geltenden Freibeträge nach § 23 BAföG abgezogen werden:

- Auszubildende an Hochschulen, Akademien, Höheren Fachschulen, Kollegs, Abendgymnasien und in solchen Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, haben einen Freibetrag in Höhe von monatlich 215 Euro. D. h., sie können unter Berücksichtigung aller genannten Abzugspositionen im Bewilligungszeitraum monatlich 360 Euro brutto anrechnungsfrei hinzuverdienen.
- Auszubildende in Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzt, an Abendrealschulen, Berufsaufbauschulen und Abendhauptschulen haben einen Freibetrag in Höhe von monatlich 153 Euro. Sie können im Bewilligungszeitraum monatlich 281 Euro brutto anrechnungsfrei hinzuverdienen.
- Auszubildenden in Fach- und Fachoberschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, sowie an weiterführenden allgemeinbildenden Schulen und Berufsfachschulen haben einen Freibetrag in Höhe von 112 Euro monatlich. Sie können im Bewilligungszeitraum monatlich 229 Euro brutto anrechnungsfrei hinzuverdienen.

*171* Die Beträge sind Durchschnittsbeträge; höheres Einkommen in einem Monat kann durch niedrigeres oder gar kein Einkommen in einem anderen Monat des Bewilligungszeitraums ausgeglichen werden.

*172* Ist der Auszubildende verheiratet und/oder hat er Kinder, werden die Freibeträge erhöht, und zwar



- für den Ehegatten monatlich um 480 Euro sowie
- für jedes Kind monatlich um 435 Euro.

173 Diese Freibeträge reduzieren sich allerdings um eigenes Einkommen, das der Ehegatte oder die Kinder ggf. haben.

174 Zur Vermeidung unbilliger Härten kann nach dem BAföG auf besonderen Antrag, der vor dem Ende des Bewilligungszeitraums zu stellen ist, ein weiterer Teil des Einkommens anrechnungsfrei gestellt werden, sofern er zur Deckung besonderer Kosten der Ausbildung erforderlich ist, die nicht durch den Bedarfssatz gedeckt sind, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 205 Euro monatlich.

175 Soweit anrechnungspflichtiges Einkommen übrig bleibt, vermindert dieses entsprechend die Höhe der Förderung.

176 Stammt das Einkommen des Auszubildenden aus einem Praktikanten- oder Ausbildungsverhältnis, wird es voll auf den monatlichen Bedarf angerechnet. Ebenso lassen sich keinerlei Freibeträge abziehen, wenn es sich um Ausbildungsbeihilfe handelt oder gleichartige Leistungen aus öffentlichen Mitteln oder von Förderungseinrichtungen, die hierfür öffentliche Mittel erhalten.

177 Von der Waisenrente und dem Waisengeld des Auszubildenden bleiben für bei den Eltern wohnende Schüler von Berufsfachschulen und Fachschulklassen, deren Besuch eine abgeschlossene Berufsausbildung nicht voraussetzt, monatlich 140 Euro, anderer Auszubildender 105 Euro anrechnungsfrei.

178 Ab dem 18. Gesetz zur Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

- werden die Unterhaltsleistungen des geschiedenen oder dauernd getrennt lebenden Ehegatten voll auf den Bedarf angerechnet,
- können auf besonderen Antrag, der vor Ende des Bewilligungszeitraumes gestellt sein muss, weitere besondere Kosten der Ausbildung bis zu einem Betrag von 205 Euro zusätzlich anrechnungsfrei gestellt werden,
- gelten als Kinder des Einkommensbeziehers außer seinen eigenen Kindern:
- Pflegekinder (Personen, mit denen er durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haus-

halt aufgenommen hat und das Obhuts- und Pflegeverhältnis zu den Eltern nicht mehr besteht und er sie mindestens zu einem nicht unwesentlichen Teil auf seine Kosten unterhält),

- in seinen Haushalt aufgenommene Kinder seines Ehegatten sowie
- in seinen Haushalt aufgenommene Enkel.

### Anrechnung von Vermögen

179 Besitzt der Auszubildende Vermögen, so wird erwartet, dass er es für seine Ausbildung bis auf eine Rücklage voll einsetzt. Dazu zählen auch Vermögensteile des Auszubildenden, wenn er sie rechtsmissbräuchlich vor Antragstellung an Dritte übertragen hat. Was als Vermögen gilt und wie es bewertet ist, ist besonders geregelt. Das Vermögen der Eltern wird nicht angerechnet.

180 Nach dem BAföG sind die Ämter für Ausbildungsförderung ab dem 07.12.2004 (21.BAföGÄndG) ermächtigt, Angaben der Auszubildenden zu ihren Einkommen aus Kapitalerträgen durch einen Datenabgleich mit dem Bundeszentralamt für Steuern zu überprüfen und so zugleich Hinweise auf vorhandene Kapitalvermögen zu erlangen. Danach ist der automatisierte Datenabgleich entsprechend § 45 d EStG auf Veranlassung der Ämter für Ausbildungsförderung grundsätzlich zulässig.

Am 01.04.2005 ist das Gesetz zur Förderung der Steuerehrlichkeit in Kraft getreten.

Für die Ämter für Ausbildungsförderung gelten danach folgende Voraussetzungen für ein Auskunftsersuchen zur Kontenabfrage an die zuständigen Finanzbehörden:

- Die Entscheidung darüber, ob ein Kontenabruf im Einzelfall durchgeführt werden soll, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Ämter für Ausbildungsförderung. Eine Anfrage an die Finanzbehörden setzt voraus, dass ein Kontenabruf im Einzelfall zur Klärung des Sachverhalts geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist. Erforderlich ist ein Kontenabruf dann, wenn aufgrund der Gesamtumstände Veranlassung besteht, die Angaben des Betroffenen zum Einkommen zu verifizieren und wenn ein Auskunftsersuchen an den Betroffenen selbst nicht zum Erfolg geführt hat oder keinen Erfolg verspricht. Im Regelfall ist daher vor einem Kontenabruf dem Betroffenen Gelegenheit zu geben, Auskunft über seine



Konten und Depots zu erteilen und ggf. entsprechende Unterlagen vorzulegen. Die Ermittlung von Kontostammdaten durch einen anlasslosen rasterhaften Abgleich aller Konten ist gesetzlich nicht vorgesehen.

- Bevor ein Auskunftersuchen an die Finanzbehörden gerichtet werden kann, muss der Betroffene zuvor auf die Möglichkeit eines Kontenabrufs ausdrücklich hingewiesen worden sein, sofern der Ermittlungszweck hierdurch nicht gefährdet würde. Das Auskunftersuchen ist von den Ämtern für Ausbildungsförderung schriftlich mit einem vorgegebenen Formular an die nach dem jeweiligen Landesrecht zuständige Finanzbehörde zu richten. Die zuständige Finanzbehörde ist regelmäßig das Finanzamt am Wohnsitz des Betroffenen.
- Der Betroffene ist über die Durchführung eines Kontenabrufs spätestens zum Zeitpunkt der ersten Datenübermittlung an die Ämter für Ausbildungsförderung zu unterrichten. Zudem besteht ein Auskunftsanspruch des Betroffenen über die Durchführung und die Ergebnisse eines Kontenabrufs.

### Zahlungsdauer

*181* Im Regelfall werden Schüler gefördert, solange sie die Ausbildungsstätte besuchen. Dies gilt auch, wenn eine Klasse wiederholt werden muss. Eine zweite Wiederholung wird nur bei Vorliegen besonders schwerwiegender Gründe gefördert. Förderung wird auch in der unterrichtsfreien Zeit geleistet.

*182* Der Besuch eines Abendgymnasiums wird gefördert, sobald die Verpflichtung zur Ausübung der Berufstätigkeit nicht mehr besteht, regelmäßig während der letzten 3 Schulhalbjahre vor der Reifeprüfung.

*183* Die Dauer der Förderung für Studenten an Hochschulen richtet sich nach der gewählten Fachrichtung. Die jeweilige Förderungshöchstdauer richtet sich prinzipiell nach der gesetzlich vorgegebenen Regelstudienzeit oder wenn keine Regelstudienzeit festgesetzt ist, direkt aus dem AföRG. Studierende an Akademien und Höheren Fachschulen werden für die Dauer in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen vorgesehenen Ausbildungszeiten gefördert.

*184* Als Faustregel gilt, dass bei Studiengängen mit neueren Prüfungsordnungen, die eine Regelstudien-

zeit festlegen, die Förderungshöchstdauer grundsätzlich der Regelstudienzeit entspricht. Über die Förderungshöchstdauer hinaus wird für eine angemessene Zeit Ausbildungsförderung geleistet, wenn sie etwa aus schwerwiegenden Gründen wie z. B.

- einer Behinderung, einer Krankheit oder Schwangerschaft,
- einer vom Auszubildenden nicht zu vertretenden Verlängerung der Examenzeit oder aus anderen Gründen wie z. B.
- infolge einer Mitwirkung in gesetzlich vorgesehenen Gremien und satzungsmäßigen Organen der Höheren Fachschulen, Akademien, Hochschulen des Bundes und der Länder,
- des erstmaligen Nichtbestehens der Abschlussprüfung oder
- infolge der Pflege und Erziehung eines Kindes bis zu 10 Jahren

überschritten worden ist.

### Hilfe zum Studienabschluss

*185* Mit Wirkung vom 01.07.1990 wurde eine Hilfe zum Studienabschluss (Studienabschlussförderung) eingeführt.

*186* Studierende an Hochschulen, die sich in einem in sich selbständigen Studiengang befinden, können nach Überschreiten der Förderungshöchstdauer für maximal zwölf Monate Hilfe zum Studienabschluss erhalten, wenn sie innerhalb von vier Semestern nach Überschreiten der Förderungshöchstdauer zur Prüfung zugelassen werden und die Ausbildungsstätte bescheinigt, dass die Ausbildung innerhalb der Abschlusshilfedauer abgeschlossen werden kann. Die Hilfe zum Studienabschluss wird in Form von Bankdarlehen gewährt.

#### Ausnahmen:

*187* Für Ergänzungstudiengänge gibt es keine Hilfe zum Studienabschluss.

### Darlehen

#### Verzinsliches Bankdarlehen

*188* Ausbildungsförderung als verzinsliches Bankdarlehen erhalten Studierende bei

- für längstens bis zu 2 Jahre dauernde Vertiefungs- oder Ergänzungsausbildungen, die vor

dem 01.01.1997 begonnen wurden, nach einer vorangegangenen Hochschulausbildung, um diese in derselben Richtung fachlich weiterzuführen oder einem für den angestrebten Beruf besonders förderlichen Maß zu ergänzen,

- für eine zeitliche nicht beschränkte weitere Hochschulausbildung, die eine Hochschulausbildung insoweit ergänzt, als dies für die Aufnahme des angestrebten Berufs rechtlich erforderlich ist,
- für eine einzige weitere Ausbildung, wenn die besonderen Umstände des Einzelfalls, insbesondere das angestrebte Ausbildungsziel dies erfordern,
- für die unter Berücksichtigung der aus der vorhergehenden Ausbildung angerechneten Fachsemester entstehende verlängerte Ausbildungszeit, einer anderen Ausbildung nach einem Studienabbruch oder anerkannten Fachrichtungswechsel oder
- nach Überschreiten der Förderungshöchstdauer einschließlich der Studienabschlussförderung, jedoch nicht, wenn die Förderungshöchstdauer infolge einer Behinderung, einer Schwangerschaft oder der Pflege und Erziehung eines Kindes bis zu 10 Jahren überschritten werden muss,

gewährt.

189 Eine Ausnahme bildet die Förderung einer Ausbildung im Ausland. Der auslandsbedingte Zuschlag zum Bedarf wird als Zuschuss gewährt und muss nicht zurückgezahlt werden.

### **Bedingungen für Gewährung und Tilgung von verzinslichen Bankdarlehen**

190 Wie bei der Förderung innerhalb der Regelstudienzeit (Zuschuss als unverzinsliches Staatsdarlehen) wird über die Höhe der Darlehenssumme des verzinslichen Bankdarlehens auf schriftlichen Antrag durch das zuständige Amt für Ausbildungsförderung entschieden.

191 Für die Beantragung ist das bei allen Ämtern für Ausbildungsförderung und im Internet unter [www.das-neue-bafoeg.de](http://www.das-neue-bafoeg.de) erhältliche Formblatt 3 zu verwenden.

192 Die Höhe des Bankdarlehens kann vom Auszubildenden bei der Antragstellung begrenzt werden. Die Begrenzung ist dann für den Bewilligungszeitraum unwiderruflich.

193 Mit dem Bescheid über die Gewährung von Ausbildungsförderung erhält der Auszubildende ein von der Kreditanstalt für Wiederaufbau -Bankengruppe- gezeichnetes Vertragsangebot. Damit der Förderungsbescheid wirksam bleibt, muss innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe die Vertragsurkunde beim Amt für Ausbildungsförderung unter Vorlage eines Ausweisdokuments (Personalausweis, Reisepass) unterzeichnet und abgegeben werden.

194 Das Bankdarlehen wird direkt von der Kreditanstalt für Wiederaufbau -Bankengruppe- gezahlt. Zahlungen sind dabei nur auf ein inländisches Bankkonto möglich.

195 Das Bankdarlehen einschließlich der Zinsen muss in Mindestraten von 105 Euro monatlich in längstens 20 Jahren zurückgezahlt werden. Die Rückzahlungspflicht beginnt sechs Monate nach dem Ende der Förderungszeit.

196 Das Bankdarlehen wird an die Kreditanstalt für Wiederaufbau -Bankengruppe-, die vor Beginn der Rückzahlung die Höhe der Darlehensschuld und der Zinsen, die jeweils geltende Zinsregelung, die Höhe der monatlichen Zahlungsbeträge und den Rückzahlungszeitraum mitteilt, zurückgezahlt.

197 In den Fällen, in denen ein Auszubildender sowohl Staatsdarlehen als auch Bankdarlehen erhalten hat, ist zuerst das Bankdarlehen und im Anschluss daran das Staatsdarlehen zurückzuzahlen. Die Frist, innerhalb derer alle Darlehen getilgt werden müssen, verlängert sich dann auf 22 Jahre.

198 Auch bei der Rückzahlung der Bankdarlehen ist eine vorzeitige Tilgung, ebenfalls in kleineren Beträgen, jedoch ohne Nachlassgewährung, möglich.

199 Außerdem ist im Gesetz festgelegt, dass die Darlehen jederzeit vorzeitig zurückgezahlt werden können und bei vorzeitiger Tilgung ein Nachlass von der Darlehensschuld zu gewähren ist.

200 Grundsätzlich können die Erlassmöglichkeiten nebeneinander geltend gemacht werden.

201 Wird Ausbildungsförderung als Zuschuss gezahlt, entfällt eine Rückzahlung.

### **Unverzinsliches Staatsdarlehen**

202 Soweit Ausbildungsförderung als Darlehen (zinsloses Staatsdarlehen und / oder verzinsliches Bankdarlehen) gezahlt wird, muss diese Ausbildungsförderung zurückgezahlt werden.

**Einziehung**

203 Für die Einziehung der Staatsdarlehen ist zentral das Bundesverwaltungsamt (BVA), 50728 Köln, zuständig. Etwa 4 1/2 Jahre nach dem Ende der Förderungshöchstdauer erteilt das Bundesverwaltungsamt jedem Empfänger von Staatsdarlehen einen Bescheid, in dem die Höhe des Darlehens insgesamt und die Höhe der Rückzahlungsrate verbindlich festgestellt werden. Gleichzeitig wird der Darlehensnehmer über den Zeitpunkt der Fälligkeit der ersten Rückzahlungsrate unterrichtet.

204 Das Staatsdarlehen ist während der gesamten Laufzeit zinslos. Nur bei Zahlungsrückstand wird das Darlehen in Höhe der gesamten jeweiligen Restschuld (und nicht nur der bereits fälligen Raten) für die Dauer des Zahlungsrückstandes mit 6 v. H. verzinst.

**Ratenzahlung**

205 Die monatliche Rückzahlungsmindestrate beträgt zurzeit 105 Euro. In der Regel sind die Raten für drei Monate in einer Summe zu entrichten. Für die Rückzahlung ist das Lastschriftinzugsverfahren vorgesehen. Es sind zusätzlich vorzeitige Teilrückzahlungen in beliebiger Höhe möglich.

**Rückzahlungsbeginn und Rückzahlungszeitraum**

206 Fünf Jahre nach dem Ende der Förderungshöchstdauer beginnt die Rückzahlungsverpflichtung. Für Absolventen von Zweitstudien ist die Förderungshöchstdauer des Erststudiums maßgeblich. Hat der Darlehensnehmer während des Studiums auch ein Bankdarlehen nach dem BAföG in Anspruch genommen, so ist dieses zuerst zurückzuzahlen. Der Rückzahlungsbeginn für das Staatsdarlehen verschiebt sich dann bis zur Fälligkeit der letzten Rückzahlungsrate für das Bankdarlehen.

207 Das erhaltene Staatsdarlehen ist innerhalb von höchstens 20 Jahren in gleich bleibenden Raten zurückzuzahlen. Eventuelle Kosten und Zinsen müssen zusätzlich entrichtet werden.

**Mitteilungspflicht**

208 Empfänger von Staatsdarlehen sind verpflichtet, dem Bundesverwaltungsamt in Köln - auch schon vor Beginn der Rückzahlungspflicht - jeden Wohnungswechsel und jede Änderung des Familiennamens unverzüglich mitzuteilen. Kommt jemand

dieser Verpflichtung nicht nach und muss seine Anschrift deshalb ermittelt werden, werden ihm hierfür pauschal 25 Euro in Rechnung gestellt.

**Freistellung von der Rückzahlungsverpflichtung**

209 Wer nach Beginn der Rückzahlungspflicht des Staatsdarlehens wenig verdient, braucht keine Rückzahlungen zu leisten, wenn er dies beim Bundesverwaltungsamt beantragt. Darlehensnehmer, deren bereinigtes Monatseinkommen im Antragsmonat die nachfolgenden Freibeträge nicht übersteigt, können eine Freistellung beantragen.

**Freibetrag**

für den Darlehensnehmer	960 Euro
den Ehegatten	480 Euro
jedes Kind	435 Euro

210 Auf besonderen Antrag erhöht sich der maßgebliche Freibetrag bei behinderten Menschen um den Betrag der behinderungsbedingten Aufwendungen entsprechend § 33b des Einkommensteuergesetzes (EStG), bei Alleinstehenden um den Betrag der notwendigen Aufwendungen für die Dienstleistungen zur Betreuung eines zum Haushalt gehörenden Kindes, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, bis zur Höhe von monatlich 175 Euro für das erste und je 85 Euro für jedes weitere Kind.

211 Einkommen eines Familienangehörigen mindert den ihm zugeordneten Freibetrag

**Darlehensteilerlass**

212 Auf Antrag, der innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Feststellungs- und Rückzahlungsbescheides zu stellen ist, vermindert sich das Staatsdarlehen

**bei überdurchschnittlichem Studienerfolg**

- Ende der Förderungshöchstdauer vor dem 01.10.1993:
- Wer nach dem Ergebnis der Abschlussprüfung zu den 30 v. H. Leistungsbesten eines Kalenderjahres gehört, dem werden 25 v. H. des Staatsdarlehens erlassen. Der Erlass erstreckt sich nur auf Beträge, die nach dem 31. Dezember 1983 geleistet wurden.
- Ende der Förderungshöchstdauer nach dem 30.09.1993:

Ablösung des Darlehens bis zu einschließlich	Nachlass in v.H. und Zahlungsbetrag zur Ablösung des Darlehensbetrages in Spalte 1 der monatlichen Rückzahlungsmindestrate von					
	25,56 EUR oder 40,90 EUR			105 EUR		
	EUR	Nachlass v.H.	Zahlungsbetrag Euro	Nachlass v.H.	Zahlungsbetrag EUR	Nachlass v.H.
1	2	3	4	5	6	7
500	10,0	450	9,0	455	8,0	460
1 000	13,0	870	11,0	890	9,0	910
1 500	16,0	1 260	13,0	1 305	10,0	1 350
2 000	19,0	1 620	15,0	1 700	11,5	1 770
2 500	21,5	1 963	17,0	2 075	12,5	2 188
3 000	24,5	2 265	19,0	2 430	13,5	2 595
3 500	27,0	2 555	21,0	2 765	15,0	2 975
4 000	29,5	2 820	22,5	3 100	16,0	3 360
4 500	31,5	3 083	24,5	3 398	17,0	3 735
5 000	34,0	3 300	26,0	3 700	18,5	4 075
5 500	36,0	3 520	27,5	3 988	19,5	4 428
6 000	38,0	3 720	29,5	4 230	20,5	4 770
6 500	40,0	3 900	31,0	4 485	21,5	5 103
7 000	41,5	4 095	32,5	4 725	22,5	5 425
7 500	43,5	4 238	34,0	4 950	23,5	5 738
8 000	45,0	4 400	35,0	5 200	24,5	6 040
8 500	47,0	4 505	36,5	5 398	25,5	6 333
9 000	48,5	4 635	38,0	5 580	26,5	6 615
9 500	50,0	4 750	39,0	5 795	27,5	6 888
10 000	50,0	5 000	40,5	5 950	28,5	7 150
10 500	50,0	5 250	41,5	6 143	29,5	7 403
11 000	50,0	5 500	43,0	6 270	30,0	7 700
11 500	50,0	5 750	44,0	6 440	31,0	7 935
12 000	50,0	6 000	45,0	6 600	32,0	8 160
12 500	50,0	6 250	46,5	6 688	33,0	8 375
13 000	50,0	6 500	47,5	6 825	33,5	8 645
13 500	50,0	6 750	48,5	6 953	34,5	8 843
14 000	50,0	7 000	49,5	7 070	35,5	9 030
14 500	50,0	7 250	50,5	7 178	36,0	9 280
15 000	50,0	7 500	50,5	7 425	37,0	9 450
15 500	50,0	7 750	50,5	7 673	37,5	9 688
16 000	50,0	8 000	50,5	7 920	38,5	9 840
16 500	50,0	8 250	50,5	8 168	39,0	10 065
17 000	50,0	8 500	50,5	8 415	40,0	10 200
17 500	50,0	8 750	50,5	8 663	40,5	10 413
18 000	50,0	9 000	50,5	8 910	41,5	10 530
18 500	50,0	9 250	50,5	9 158	42,0	10 730
19 000	50,0	9 500	50,5	9 405	43,0	10 830
19 500	50,0	9 750	50,5	9 653	43,5	11 018
20 000	50,0	10 000	50,5	9 900	44,0	11 200
20 500	50,0	10 250	50,5	10 148	45,0	11 275
21 000	50,0	10 500	50,5	10 395	45,5	11 445
21 500	50,0	10 750	50,5	10 643	46,0	11 610
22 000	50,0	11 000	50,5	10 890	47,0	11 660
22 500	50,0	11 250	50,5	11 138	48,0	11 700
23 000	50,0	11 500	50,5	11 385	49,0	11 730
23 500	50,0	11 750	50,5	11 633	50,0	11 750
24 000	50,0	12 000	50,5	11 880	50,5	11 880

(und mehr)

– Wer nach dem Ergebnis der Abschlussprüfung zu den 30 v. H. Leistungsbesten eines Kalenderjahres gehört, dem werden 25 v. H. des Staatsdarlehens erlassen, wenn die Ausbildung innerhalb der Förderungshöchstdauer abgeschlossen wurde. Liegt der Abschluss innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende der Förderungshöchstdauer, werden 20 v. H. des Darlehensbetrages erlassen, bei einem Aus-

bildungsende innerhalb von 12 Monaten nach dem Ende der Förderungshöchstdauer 15 v. H.

#### bei vorzeitigem Studienabschluss

– Wer seine Ausbildung vorzeitig mit Erfolg abgeschlossen hat, erhält einen Teilerlass des Staatsdarlehens. Dieser beträgt 1.025 Euro, wenn die Ausbildung mindestens zwei Monate vor Ende der Förderungshöchstdauer abgeschlossen

wurde. Er erhöht sich auf 2.560 Euro, wenn die Ausbildung mindestens vier Monate vor Ende der Förderungshöchstdauer abgeschlossen worden ist.

#### bei Weiterförderung über die Förderungshöchstdauer hinaus wegen einer Behinderung

- Hat sich der Abschluss der Ausbildung auf Grund einer Behinderung des Darlehensnehmers verzögert und ist der Darlehensnehmer deshalb nach dem 31.12.1983 über die Förderungshöchstdauer hinaus mit Darlehen weitergefördert worden, wird dieser Weiterförderungsbetrag erlassen. Der Erlass setzt die erfolgreiche Beendigung der Ausbildung voraus.

213 Auf Antrag, der vor oder während der Rückzahlungsverpflichtung zu stellen ist, vermindert sich das Staatsdarlehen

#### bei Kindererziehung und -betreuung

- Wer während seiner Rückzahlungsverpflichtung ein Kind bis zu 10 Jahren pflegt und erzieht oder ein behindertes Kind betreut, dem werden die jeweils fällig werdenden Rückzahlungsraten erlassen. Voraussetzung ist, dass das Einkommen des Darlehensnehmers den Freibetrag für die Freistellung (siehe oben) nicht übersteigt und er nicht oder nur unwesentlich erwerbstätig ist. Unwesentlich ist eine Erwerbstätigkeit, wenn die wöchentliche Arbeitszeit nicht mehr als zehn Stunden beträgt.

#### bei vorzeitiger Darlehensrückzahlung

- Wer seine Darlehensschuld ganz oder teilweise vorzeitig ablöst, erhält auf Antrag einen prozentualen Nachlass, dessen Höhe der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist. Die vorzeitige Rückzahlung der Darlehensrestschuld ist bis zur endgültigen Tilgung des Darlehens zu jeder Zeit möglich. Vgl. hierzu die Tabelle **Freibeträge vom Einkommen für die Darlehensrückzahlung** auf S. 818.

#### Darlehensdeckungung

214 Auszubildende, die nach dem 31.03.2001 ein mit BAföG-Darlehen gefördertes Studium aufnehmen, müssen nur noch einen Gesamtbetrag von maximal 10.000 Euro einschließlich etwaiger Teilerlasse oder Nachlässe zurückzahlen. Die Begrenzung der Darlehenssumme gilt nicht für Darlehensnehmer, die zum Sommersemester 2001 ihr Studium bereits aufgenommen oder schon abgeschlossen haben. Vgl. hierzu Tabelle **Freibeträge vom Einkommen für die Darlehensrückzahlung**.

#### Allgemeines BAföG-Berechnungsschema

215 Eine Familie mit 3 Kindern (2 Kinder in förderungsfähiger Ausbildung, 1 Kind unter 15 Jahren) und Einkommen aus selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit auf S. 820. (siehe Tabelle auf S. 820)

#### Einzelnes Berechnungsbeispiel

216 Nachfolgendes Berechnungsbeispiel (S. 821) ist anhand einer Familie, dessen Vater Alleinverdiener

#### Freibeträge vom Einkommen für die Darlehensrückzahlung

Art der Freibeträge	Gesetzliche Grundlage	EUR
Freibetrag für den Darlehensnehmer	§ 18 a (1) Satz 1 BAföG	960,00
Freibetrag für den Ehegatten	§ 18 a (1) Satz 2 Nr. 1 BAföG	480,00
Freibetrag für Kinder	§ 18 a (1) Satz 2 Nr. 2 BAföG	435,00
Erhöhung des Freibetrages des Darlehensnehmers bei Alleinstehenden um den Betrag der notwendigen Aufwendungen für die Dienstleistungen zur Betreuung eines zum Haushalt gehörenden Kindes, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, um monatlich bis	§ 18 a (1) Satz 6 Nr. 2 BAföG	175,00
– für jedes weitere Kind	§ 18 a (1) Satz 6 Nr. 2 BAföG	85,00
Erhöhung des Freibetrages des Darlehensnehmers bei Behinderten um den Betrag der behinderungsbedingten Aufwendungen entsprechend § 33b des Einkommensteuergesetzes	§ 18 a (1) Satz 6 Nr. 1 BAföG	

mit 2.300 Euro Einkommen im Sinne des BAföG und die Mutter Hausfrau ist, berechnet worden. Der einzige Sohn studiert in Bonn im 2. Semester Medizin und ist selbst kranken- und pflegeversichert. Er wohnt nicht bei den Eltern und zahlt für sein Studentenzimmer monatlich 175 Euro, hat aber kein eigenes Einkommen. Der Vater unterstützt noch seine Mutter, die in einem Altersheim lebt:

Der Sohn erhält Ausbildungsförderung in Höhe von 351 Euro. Davon erhält er 175,50 Euro als Zuschuss und 175,50 Euro als Staatsdarlehen.

### Rundungsvorschriften

217 Die monatlichen Förderungsbeträge, die nicht volle Euro-Beträge ergeben, werden bei Cent-Beträgen bis zu 49 Cent abgerundet und von 50 Cent an aufgerundet.

<b>Allgemeines BAföG-Berechnungsschema</b>	<b>in EUR</b>
Positive Einkünfte nach § 21 Abs.1 BAföG	
Positive Einkünfte im Sinne des § 2 Abs.1 und 2 des EStG	
aus Land- und Forstwirtschaft	0,00
aus Gewerbearbeit	+
aus selbständiger Arbeit	+
aus nichtselbständiger Arbeit	+
aus Vermietung und Verpachtung	+
aus Kapitalvermögen	+
sonstige Einkünfte	+
Summe der positiven Einkünfte	45.400,00
Altersentlastungsbetrag	-
Sonderausgaben nach EStG für selbstgenutzte Eigentumswohnung oder selbstgenutztes Eigenheim	-
z. B. vermögenswirksame Leistungen	-
<b>Summe der positiven Einkünfte</b>	<u>43.610,00</u>
Steuern	-
Sozialpauschale (z. B. 21,5 v. H., höchstens 10.400 Euro)	-
	29.071,91
Waisenbezüge	+
Ausbildungsbeihilfen	+
sonstige Einnahmen	+
Jahreseinkommen i.S. des BAföG	29.071,91
Monatseinkommen = Jahreseinkommen durch 12 Monate	2.422,66
Absolute Freibeträge	
für die Eltern (§ 25 Abs. I)	-
für die Kinder in förderungsfähiger Ausbildung	-
für 1 Kind nicht in förderungsfähiger Ausbildung	-
Härtefreibetrag (z.B. nach § 33 b EStG)	-
Summe absolute Freibeträge	<u>1.910,00</u>
Monatseinkommen	2.422,66
absolute Freibeträge	-
relativer Freibetrag für Eltern:	<u>512,66</u>
50% von 512,66 EUR	-
relativer Freibetrag je Kind nicht in förderungsfähiger Ausbildung	-
5% von 512,66 EUR	-
<b>Gesamtes anzurechnendes Einkommen</b>	<u>230,70</u>
bei Aufteilung auf 2 Kinder in förderungsfähiger Ausbildung = anzurechnendes Elterneinkommen geteilt durch 2 förderungsfähige Kinder	<u>115,35</u>
Kindergeld wird nicht als Einkommen angerechnet.	



### Anpassung der Freibeträge, Bedarfssätze, Beträge und Vomhundertsätze und Höchstbeträge zur sozialen Sicherung

218 Die Bedarfssätze und Freibeträge sowie die Vomhundertsätze und Höchstbeträge sind alle zwei Jahre zu überprüfen und durch Gesetz ggf. neu festzusetzen. Dabei ist der Entwicklung der Einkommensverhältnisse und der Vermögensbildung, den Veränderungen der Lebenshaltungskosten und der finanzwirtschaftlichen Entwicklung Rechnung zu tragen. Die Bundesregierung hat dem Deutschen Bundestag darüber in einem Bericht zur Überprüfung der Bedarfssätze, Freibeträge sowie Vomhundertsätze und Höchstbeträge nach § 21 Abs. 2 BAföG nachzukommen, zuletzt geschehen durch den 16. Bericht nach § 35 BAföG mit Bundestagsdrucksache 15/4935 vom 25.02.2003.

### Organisation

219 Das Bundesausbildungsförderungsgesetz wird von den Ländern ausgeführt. Seit Januar 1991 gilt es auch in den neuen Ländern. Beim Gesetzesvollzug durch die Länder überwacht der Bund durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie die Gesetz- und Zweckmäßigkeit. Bei den kreisfreien Städten und Kreisen bestehen Ämter für Ausbildungsförderung, bei den Ländern Landesämter für Ausbildungsförderung. Für die an den Hochschulen immatrikulierten Auszubildenden sind Ämter für Ausbildungsförderung bei den staatlichen Hochschulen oder den Studentenwerken eingerichtet. Besondere Zuständigkeiten bestehen für eine Ausbildungsförderung im Ausland.

Für die Verwaltung und Einziehung der unverzinslichen Staatsdarlehen und des Bildungskredits ist zentral

#### **Fallbezogenes Berechnungsbeispiel**

Bedarf des Studenten	333,00
Erhöhungsbetrag für Unterkunft - außerhalb wohnend	133,00
Erhöhungsbetrag für die Miete über 133,00 EUR	42,00
Erhöhungsbetrag für die eigene Pflegeversicherung	8,00
Erhöhungsbetrag für die eigene Krankenversicherung	47,00
	<hr/>
	563,00

#### **Einkommen der Eltern im Sinne des BAföG:**

Familieneinkommen:	2.300,00
./. Grundfreibetrag	
./. für die Eltern	1.440,00
./. für den Sohn	0,00
./. für die Mutter des Vaters	435,00
	<hr/>
Familieneinkommen minus Grundfreibeträge	425,00
relativer Freibetrag (50% für die Eltern von 425,00)	212,50
Anrechnungsbetrag ist Familieneinkommen ./. Grundfreibeträge und ./. relative Freibeträge	<hr/>
	212,50
Förderungsbetrag (Bedarf ./. anzurechnendes Familieneinkommen)	350,50

**Auszuzahlender Förderungsbetrag (gerundet):** 351,00

das Bundesverwaltungsamt in Köln, für die Einziehung der verzinslichen Bankdarlehen ist die Kreditanstalt für Wiederaufbau -Bankengruppe- in Bonn zuständig.

## Finanzierung

220 Die Ausgaben, die bei der Ausführung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes entstehen, werden zu 65% vom Bund und zu 35% von den Ländern getragen. Die vom Bundesverwaltungsamt eingezeichneten Darlehen fließen in gleicher Weise an Bund und Länder zurück.

## Auskunfts- und Beratungsstellen

221 Alle Ämter für Ausbildungsförderung unterliegen einer Beratungspflicht. Danach haben die Ämter für Ausbildungsförderung (Studentenwerke an den Universitäten oder Ämter für Ausbildungsförderung bei den Kreisen oder kreisfreien Städten) die Auszubildenden und ihre Eltern über die individuelle Förderung der Ausbildung nach bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zu beraten. Eine umfassende Beratungstätigkeit über Möglichkeiten der Ausbildungsförderung betreiben darüber hinaus die Studentenwerke zur Förderung der Studenten.

## Rechtsschutz

222 Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten aus dem BAföG ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Es gelten die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung.

## Rechtsquellen

Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

## Literaturnachweise

- Ausbildungsförderungsrecht – Vorschriften-sammlung - Verlag Kohlhammer
- Internetauftritt [www.das-neue-bafog.de](http://www.das-neue-bafog.de)
- Berichte nach § 35 BAföG
- Statistisches Bundesamt

## Bildungskredit

### Aufgabe des Bildungskredits

223 Seit dem 01.04.2001 wird Auszubildenden in fortgeschrittenen Ausbildungsphasen ein Bildungs-

kredit über die Kreditanstalt für Wiederaufbau -Bankengruppe- angeboten, für den der Bund die Garantie in Form einer Ausfallbürgschaft übernimmt. Zum Bezug des Bildungskredits sind Studierende berechtigt, die bereits die Zwischenprüfung ihres Studienganges bestanden haben, ein Master- oder Magisterstudium im Sinne des § 19 Hochschulrahmengesetz (HRG), ein postgraduales Diplomstudium oder ein Zusatz-, Ergänzungs- oder Aufbaustudium betreiben. Kreditberechtigt sind ferner volljährige Schüler, im vorletzten und letzten Jahr ihrer Ausbildung, sofern sie nach dieser Ausbildung mit einem berufsqualifizierenden Abschluss ins Berufsleben eintreten können. Die Inanspruchnahme des Kredits ist auch während einer Auslandsausbildung oder eines Auslandspraktikums möglich. Die Bedürftigkeit des Auszubildenden oder die konkrete Verwendung der Kreditleistungen spielen bei der Vergabe keine Rolle.

224 Durch das Bildungskreditprogramm wird ein zeitlich befristeter, zinsgünstiger Kredit zur Unterstützung von Studierenden sowie Schülerinnen und Schülern in fortgeschrittenen Ausbildungsphasen angeboten, der neben oder zusätzlich zu Leistungen nach dem BAföG als weitere Möglichkeit der Ausbildungsfinanzierung zur Verfügung steht. Der Bildungskredit dient bei nicht nach dem BAföG geförderten Auszubildenden der Sicherung und Beschleunigung der Ausbildung, bei BAföG-Geförderten Auszubildenden der Finanzierung von außergewöhnlichem, nicht durch das BAföG erfasstem Aufwand, wie z. B. besonderen Studienmaterialien, Exkursionen oder Schulgebühren. Damit die Kreditkonditionen besonders günstig sein können, übernimmt der Bund gegenüber der auszahlenden Kreditanstalt für Wiederaufbau eine Ausfallbürgschaft (Bundesgarantie) für den Auszubildenden. Für Studierende sowie Schülerinnen und Schüler, die häufig keine Sicherheiten stellen können, wird hierdurch ein Angebot geschaffen, dass auf dem Kapitalmarkt nicht verfügbar ist. Einkommen und Vermögen des Auszubildenden oder seiner Eltern spielen keine Rolle.

### Verfahren

225 Die Kreditberechtigung wird vom Bundesverwaltungsamt (BVA) durch Bewilligungsbescheid festgestellt. Auf dieser Grundlage schließt der Auszubildende einen privatrechtlichen Kreditvertrag mit der Kreditanstalt für Wiederaufbau. Der Bund

übernimmt gegenüber der Kreditanstalt für Wiederaufbau die Ausfallhaftung für Notleidende Kredite. Hierdurch konnten die Kreditzinsen niedrig gehalten werden. Die Kreditzinsen sind an den Euribor (zuzüglich einem Prozentpunkt).

226 Der Kreditumfang ist auf eine Auszahlung von maximal 24 Monatsraten zu 300 Euro beschränkt. In begründeten Fällen können mehrere Monatsraten in einer Summe ausgezahlt werden. Außerdem ist die maximale Auszahlung von 24 Monatsraten bei Bedarf auf zwei Zeiträume aufteilbar. Auszubildende können darüber hinaus für einen weiteren Ausbildungsabschnitt (z. B. Zweitstudium) erneut einen Bildungskredit beantragen.

227 Der Kredit ist nach einer mit der ersten Auszahlung beginnenden Frist von vier Jahren in monatlichen Raten von 120 Euro zurückzuzahlen. Kommt der Auszubildende mehr als sechs Monate mit der Rückzahlung des Kredites in Verzug oder ist die Einziehung aus anderen Gründen aussichtslos, nimmt die Kreditanstalt für Wiederaufbau die Bundesgarantie in Höhe der noch ausstehenden Zahlungen in Anspruch. Die Einziehung der verauslagten Garantiesumme wird anschließend öffentlich-rechtlich durch das Bundesverwaltungsamt betrieben.

### **Anspruch auf Bildungskredit**

228 Ein Rechtsanspruch auf den Bildungskredit besteht nicht. Es handelt sich, anders als beim BAföG, um ein Programm mit einem vorgegebenen Budget.

229 Berechtigt sind volljährige Schüler, die bereits über einen berufsqualifizierenden Abschluss verfügen oder diesen mit dem Abschluss ihrer gegenwärtigen schulischen Ausbildung erlangen werden, im vorletzten oder letzten Jahr dieser Ausbildung.

230 Ferner sind Studierende zum Bezug des Kredites berechtigt, die sich in einer fortgeschrittenen Phase ihrer Ausbildung befinden. Dazu gehören Studierende, die

- die Zwischenprüfung ihres Studiengangs bestanden haben,
- den ersten Teil ihres Konsekutivstudiengangs erfolgreich abgeschlossen haben,
- ein Master- oder Magisterstudium im Sinne des § 19 des Hochschulrahmengesetzes (HRG) oder ein postgraduales Diplomstudium im Sinne des § 18 Abs. 1 Satz 1 - 3 HRG betreiben,

- ein Zusatz-, Ergänzungs- oder Aufbaustudium betreiben und bereits über einen Abschluss in einem grundständigen Studiengang verfügen oder
- eine schriftliche Erklärung der Ausbildungsstätte vorlegen, aus der hervorgeht, dass in dem Studiengang eine Zwischenprüfung nicht vorgesehen ist und der Studierende die üblichen Leistungen mindestens der ersten beiden Ausbildungsjahre erbracht hat.

231 Mit dem Bildungskreditprogramm werden nur Ausbildungen an Ausbildungsstätten gefördert, die auch im Rahmen des Bundesausbildungsförderungsgesetzes anerkannt sind.

### **Förderung und Staatsangehörigkeit**

232 Der Bildungskredit wird Deutschen im Sinne des Grundgesetzes gewährt.

233 Darüber hinaus können auch Ausländer den Bildungskredit erhalten, sofern sie zu einer der in § 8 BAföG benannten Gruppen gehören

234 Zusammengefasst sind dies:

- Heimatlose und asylberechtigte Ausländer im Sinne der entsprechenden Vorschriften,
- im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommene Flüchtlinge,
- Ausländer, die ihren ständigen Wohnsitz im Inland haben, wenn ein Ehegatte oder ein Elternteil Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist,
- Ausländer, die als Kinder von Staatsangehörigen der Europäischen Union (EU) oder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) im Inland Freizügigkeit oder ein Verbleiberecht genießen oder
- Ausländer, die als EU- oder EWR-Angehörige vor der Ausbildung im Inland in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden haben, wobei die Beschäftigung mit der Ausbildung in einem inhaltlichen Zusammenhang stehen muss.

235 Andere Ausländer können den Bildungskredit erhalten, wenn sie selbst vor Beginn des Ausbildungsabschnittes sich insgesamt fünf Jahre im Inland aufhalten haben und rechtmäßig erwerbstätig waren. Gleiches gilt, wenn sich ein Elternteil in den letzten sechs Jahren vor Beginn des Ausbildungsabschnittes insgesamt drei Jahre im Inland aufgehalten hat und rechtmäßig erwerbstätig gewesen ist oder aus von

ihm nicht zu vertretendem Grund kürzer, mindestens aber sechs Monate, erwerbstätig gewesen ist.

### **Kreditvergabe und Alter**

236 Voraussetzung ist einerseits die Volljährigkeit. Der Kredit wird andererseits nur bis zum Ende des Monats geleistet, in dem der Auszubildende das 36. Lebensjahr vollendet.

### **Begrenzung der Inanspruchnahme**

237 Die Inanspruchnahme des Bildungskredites ist nur bis zum Ende des 12. Studienseesters möglich.

Über das Ende des 12. Studienseesters hinaus kann der Bildungskredit Auszubildenden an Hochschulen nur dann gewährt werden, wenn sie zur Abschlussprüfung zugelassen sind und die Prüfungsstelle ihnen bescheinigt, dass sie die Ausbildung innerhalb des möglichen Förderzeitraums abschließen können.

### **Förderung einer Ausbildung im Ausland**

238 Der Bildungskredit kann auch für den Besuch einer ausländischen Ausbildungsstätte gewährt werden, wenn er dem Besuch einer inländischen Ausbildungsstätte gleichwertig ist. Darüber hinaus ist die Bewilligung des Kredites auch während der Teilnahme an einem Praktikum – auch außerhalb Europas – möglich, das im Zusammenhang mit dem Besuch einer anerkannten oder gleichwertigen Ausbildungsstätte durchgeführt wird.

### **Bildungskredit und BAföG**

239 Die Förderung durch das Bildungskreditprogramm erfolgt unabhängig vom BAföG. Das Programm ist eine zusätzliche Hilfe für Auszubildende in besonderen Lagen und ersetzt nicht die Förderung nach dem BAföG. Es kann daher auch neben dem BAföG in Anspruch genommen werden.

### **Beantragung des Bildungskredits**

240 Der Bildungskredit wird schriftlich beim Bundesverwaltungsamt, 50728 Köln, beantragt oder per Internet unter [www.bildungskredit.de](http://www.bildungskredit.de). Das Bundesverwaltungsamt erteilt bei Vorliegen der Förderungsvoraussetzungen einen Bewilligungsbescheid, der den Auszubildenden berechtigt, einen Kreditvertrag mit der Kreditanstalt für Wiederaufbau abzuschließen. Ein Vertragsangebot der Kreditanstalt für Wiederaufbau ist dem Bewilligungsbescheid bereits beigefügt. Damit der Förderungsbescheid wirksam bleibt, muss das Vertragsangebot innerhalb

eines Monats angenommen und unterzeichnet an die Kreditanstalt für Wiederaufbau geschickt werden. Die Auszahlung erfolgt dann direkt durch die Kreditanstalt für Wiederaufbau.

### **Rückzahlung des Bildungskredits**

241 Der Bildungskredit ist nach einer mit der ersten Auszahlung beginnenden Frist von 4 Jahren in monatlichen Raten von 120 Euro an die Kreditanstalt für Wiederaufbau zurückzuzahlen. Er kann aber auch vorab ganz oder teilweise zurückgezahlt werden.

242 Sollte, weil der Kreditnehmer nicht ordnungsgemäß zurückzahlt, die Bürgschaft des Bundes von der Kreditanstalt für Wiederaufbau in Anspruch genommen werden, übernimmt das Bundesverwaltungsamt die Einziehung der noch offenen Rückforderung.

243 Weitere Informationen zum Thema Bildungskredit gibt es unter

<http://www.bildungskredit.de>

<http://www.bmbf.de>.

Vgl. die Tabelle **Bildungskredit zur Anzahl bereits vergebener Bildungskredite sowie der Höhe der Bewilligungssumme** auf S. 825.

## **Aufstiegsfortbildungsförderung (AFBG)**

244 Mit dem am 01.01.1996 in Kraft getretenen und von Bund und Ländern gemeinsam finanzierten Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG) ist ein individueller Rechtsanspruch auf Förderung von beruflichen Aufstiegsfortbildungen, d. h. von Meisterkursen oder anderen auf einen vergleichbaren Fortbildungsabschluss vorbereitenden Lehrgängen, eingeführt worden. Das AFBG unterstützt die Erweiterung und den Ausbau beruflicher Qualifizierung, stärkt damit die Fortbildungsmotivation des Fachkräftenachwuchses und bietet über den Darlehensteilerlass hinaus für potentielle Existenzgründer einen Anreiz, nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen und Arbeitsplätze zu schaffen.

245 Mit dem Gesetz zur Änderung des AFBG, in Kraft getreten am 01.01.2002, wurde die Förderung von fortbildungswilligen Fachkräften und angehenden Existenzgründern mit wesentlichen Verbesserungen versehen. So wurde z. B. der Kreis der Ge-

<b>Bildungskredit</b>				
	<b>2001 Start: 01.04.</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004 Stand: 30.09.</b>
Anzahl der Kreditverträge	5977	8255	12950	12156
Bewilligungssumme in Mio. EUR	29,4	41,6	66	62,1

förderten und der Anwendungsbereich der Förderung ausgeweitet, die Förderkonditionen für alle Teilnehmer deutlich verbessert, die Familienkomponente ausgebaut, ein stärkerer Anreiz zur Existenzgründung gegeben, die Förderung für Ausländer verbessert und die Beantragung und Bewilligung der Förderung vereinfacht.

246 Ab dem 01.01.2005 erhalten alleinstehende Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Vollzeitmaßnahmen einen monatlichen einkommens- und vermögensabhängigen Unterhaltsbeitrag zum Lebensunterhalt in Höhe von bis zu 614 Euro, davon 211 Euro Zuschuss und 403 Euro Darlehen.

247 Für den nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder die nicht dauernd getrennt lebende Ehegattin erhöht sich der Darlehensanteil beim Unterhaltsbeitrag um 215 Euro, für jedes Kind um 179 Euro. Alleinerziehende können darüber hinaus einen monatlichen Zuschuss bis zu 118 Euro je Monat und je Kind zu den notwendigen Kinderbetreuungskosten erhalten.

248 Vermögen der Teilnehmer wird auf den Unterhaltsbeitrag angerechnet, soweit es die Freibeträge in Höhe von 35.791 Euro für die Teilnehmerin bzw. den Teilnehmer, 1.790 Euro für die Ehegattin bzw. den Ehegatten und 1.790 Euro je Kind der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers übersteigt. In Härtefällen können weitere Vermögenswerte freigestellt werden.

249 Die notwendigen Kosten der Anfertigung des Prüfungsstücks (so genanntes Meisterstück oder eine vergleichbare Prüfungsarbeit) werden bis zur Hälfte, höchstens jedoch bis zu einer Höhe von 1.534 Euro mit Darlehen gefördert.

250 Bei Vollzeit- und Teilzeitmaßnahmen ist zur Finanzierung der Lehrgangs- und Prüfungsgebühren ein einkommens- und vermögensunabhängiger Maßnahmebeitrag in Höhe der tatsächlich anfallenden Gebühren, höchstens jedoch 10.226 Euro vorgesehen.

Er besteht aus einem Zuschuss in Höhe von 32% und im Übrigen aus einem zinsgünstigen Bankdarlehen.

251 Die Darlehen für den Unterhalts- als auch für den Maßnahmebeitrag sind während der Fortbildung und während einer anschließenden Karenzzeit von zwei Jahren - längstens jedoch sechs Jahre - zins- und tilgungsfrei. Danach sind diese innerhalb von zehn Jahren mit monatlichen Raten von mindestens 128 Euro zu tilgen. Die Absolventen der Fortbildungsmaßnahme können ab dem Beginn ihrer Rückzahlungspflicht zwischen einem festen und einem variablen Zins wählen, der in der Regel erheblich unter dem marktüblichen Zinssatz liegt.

252 Gründen oder übernehmen Geförderte nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung innerhalb von drei Jahren ein Unternehmen oder eine freiberufliche Existenz, werden auf Antrag 69% des auf die Lehrgangs- und Prüfungsgebühren entfallenden Restdarlehens erlassen, wenn sie die Abschlussprüfung bestanden haben und spätestens am Ende des dritten Jahres nach Existenzgründung mindestens zwei Personen zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Dauer von mindestens vier Monaten sozialversicherungspflichtig beschäftigt haben, von denen zumindest eine Person nicht nur geringfügig beschäftigt sein darf.

253 Die Förderungsanträge sind schriftlich an die nach Landesrecht zuständige Behörde zu richten. Die Förderung mit Unterhaltsbeiträgen sollte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahme beantragt werden, da eine Förderung frühestens ab dem Antragsmonat möglich ist. Maßnahmebeiträge können noch bis zum Ende der Maßnahme beantragt werden. Über Art und Höhe des Förderanspruchs entscheiden von den Ländern bestimmte Behörden, die auch die Zuschüsse auszahlen. Die Darlehen werden von der Kreditanstalt für Wiederaufbau – Bankengruppe – ausgezahlt, wenn mit ihr hierüber ein gesonderter Darlehensvertrag abgeschlossen werden muss.

254 Für die Entgegennahme von Förderanträgen und die Beratung zuständige Behörden sind in der Regel die kommunalen Ämter für Ausbildungsförderung bei den Kreisen und kreisfreien Städten am ständigen Wohnsitz der Antragstellerin/des Antragstellers.

255 Ausnahmen davon bestehen in:

**Bremen:**

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

**Hamburg:**

Handwerkskammer Hamburg

**Hessen:**

Ämter für Ausbildungsförderung bei den Studentenwerken

**Niedersachsen:**

Investitions- und Förderbank Niedersachsen (NBank), Hannover

**Nordrhein-Westfalen:**

Bezirksregierung Köln Dezernat 40 – Amt für Ausbildungsförderung - in Aachen (Beratung und Antragsannahme durch die Kammern für ihre jeweiligen Berufsbereiche) (bafog@bezreg-koeln.nrw.de).

**Sachsen:**

Handwerkskammern und Industrie- und Handelskammern in Chemnitz, Dresden und Leipzig für ihre jeweiligen Berufsbereiche sowie Sächsisches Landesverwaltungsamt für Ausbildungsförderung

**Schleswig-Holstein:**

Investitionsbank des Landes Schleswig-Holstein, Kiel

**Thüringen:**

Thüringer Landesverwaltungsamt (poststelle@tlvwa.thueringen.de)

### Statistiken aus den Berichten der Bundesregierung nach § 35 BAföG

Ausgaben nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz in Mio. DM / Euro						
Jahr	Schüler		Studenten		Ausgaben	
	insgesamt	davon Bund	insgesamt	davon Bund	insgesamt	davon Bund
1972	557	363	1044	675	1597	1038
1975	927	603	1700	1105	2627	1708
1980	1670	1085	1996	1298	3666	2383
1982	1621	1054	2006	1304	3627	2358
1985	428	278	1889	1228	2317	1506
1988	459	299	1778	1155	2237	1454
1989	474	308	1849	1202	2323	1510
1990	507	330	2010	1306	2517	1636
1991 <sup>1)</sup>	944	613	2976	1935	3920	2548
1992	854	555	3038	1975	3892	2530
1993	729	477	2788	1812	3517	2289
1994	677	440	2428	1578	3105	2018
1995	678	441	2173	1413	2851	1854
1996	674	438	2047	1331	2721	1769
1997	672	437	1739	1130	2411	1567
1998	695	452	1653	1074	2348	1526
1999	737	479	1656	1077	2393	1556
2000	747	485	1728	1123	2474	1608
2001	972	631	2169	1410	3141	2041
2002 <sup>2)</sup>	606	393	1343	873	1949	1267
2003	647	421	1382	899	2029	1319
2004	698	454	1514	984	2212	1438

Quelle: Berichte des BMBF nach § 35 BAföG

Ab 1983 wegen Wegfall der Schülerförderung erheblich gesunken

1) Zwischen 1991 und 2001 „Addierte Zahlen der alten und neuen Länder“;

2) Ab 2002 Beträge in EURO



<b>Durchschnittlicher monatlicher Förderungsbetrag in DM/Euro</b>				
<b>Jahr</b>	<b>Schüler</b>		<b>Studenten</b>	
	<b>alte Länder</b>	<b>neue Länder</b>	<b>alte Länder</b>	<b>neue Länder</b>
1972	200	–	340	–
1975	235	–	405	–
1980	275	–	500	–
1985 <sup>1)</sup>	0	–	542	–
1986	0	–	549	–
1987	0	–	551	–
1988	0	–	571	–
1989	0	–	585	–
1990	0	–	576	–
1991 <sup>2)</sup>	489	348	590	483
1992	488	423	589	495
1993	502	437	602	498
1994	513	418	600	471
1995	503	432	615	493
1996	513	448	649	537
1997	517	436	643	543
1998	509	423	637	549
1999	508	425	648	564
2000	500	430	655	581
2001 <sup>3)</sup>		563		714
2002		302		371
2003		303		370

Quelle: 16. Berichte des BMBF nach § 35 BaföG

1) Ab 1985 weitgehender Wegfall der Schülerförderung

2) Beitritt der neuen Länder

3) Einheitlicher Betrag für die BRD; ab 2001 Beträge in EURO

<b>Zahl<sup>1)</sup> der geförderten Schüler/-innen<sup>2)</sup> der Bundesrepublik Deutschland ab 1993</b>			
<b>Jahr</b>	<b>Schüler</b>		<b>insgesamt</b>
	<b>alte Länder</b>	<b>neue Länder</b>	
1993	83.400	40.600	124.000
1994	78.200	33.700	111.900
1995	76.600	31.000	107.600
1996	74.800	31.200	106.000
1997	74.300	34.600	108.900
1998	74.400	41.800	116.200
1999	74.900	47.400	122.300
2000	75.900	51.300	127.200
2001	86.600	55.900	142.700
2002 <sup>3)</sup>	–	–	163.200
2003	–	–	179.079

Quelle: Berichte des BMBF nach § 35 BaföG

1) Alle Zahlen sind Jahresdurchschnittszahlen

2) Schüler in allen Ausbildungsstätten, deren Besuch gefördert werden kann:  
Gymnasium, Zweiter Bildungsweg; berufsbildende Schulen

3) Ab 2002 sind die Zahlen für ganz Deutschland gültig

**Zahl<sup>1)</sup> der geförderten Studenten in der Bundesrepublik Deutschland<sup>2)</sup>**

Jahr	dem Grunde nach geförderte Studenten <sup>2)</sup>	förderungsberechtigte Studenten <sup>3)</sup>	Gefördertenquote in v.H.
1977	695.000	318.000	45,8
1980	722.000	341.000	47,2
1983	867.000	327.000	37,7
1986	900.000	276.000	30,7
bis 1989 nur alte Bundesländer	947.000	263.000	27,3
[1991 (neue Länder)	118.900	96.000	80,7]
[1992 (neue Länder)	116.900	93.000	79,5]
1992 (alte Länder)	1.069.000	349.000	32,7
ab 1993 gesamte Bundesrepublik	1.198.000	408.000	34,1
1994	1.201.000	355.000	29,6
1995	1.157.000	311.000	26,9
1996	1.108.000	274.000	24,7
1997	1.097.000	237.000	22,0
1998	1.059.000	225.000	21,2
1999	1.063.000	226.000	21,3
2000	1.086.000	232.000	21,4
2001	1.135.000	265.000	23,4
2002		303.500	
2003	1.274.000	326.000	25,6

Quelle: Berichte des BMBF nach § 35 BAföG

1) Alle Zahlen sind Jahresdurchschnittszahlen

2) Gesamtzahl der eingeschriebenen Studenten an Akademien, Höheren Fachschulen und allen Hochschulen

3) Studenten, die dem BAföG nach förderungsberechtigt sind

**Entwicklung des Finanzaufwandes der Ausbildungsförderung****Die Gesamtbeträge sind die Mittel von Bund und Ländern**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	<b>in Mio EUR</b>										
Schüler insgesamt	373	346	347	345	344	355	377	381	497	606	647
davon Bund	242	225	225	224	223	231	245	248	323	394	421
Studierende insgesamt	1.425	1.241	1.111	1.047	889	845	847	884	1.109	1.343	1.382
davon Bund	926	807	722	681	578	549	550	574	721	873	899
darunter Zuschuss	465	394	361	337	283	265	274	287	367	442	471
darunter Darlehen <sup>1)</sup>	462	413	361	343	295	284	276	287	354	431	428
Insgesamt	1.798	1.588	1.458	1.391	1.233	1.201	1.224	1.265	1.606	1.948	2.029
davon Bund	1.170	1.032	948	904	801	780	796	822	1.044	1.267	1.319

1) seit dem Haushaltsjahr 2000 von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (früher Deutsche Ausgleichsbank) bereitgestellt

Quelle: BMBF

**Anschriften der Ämter für Ausbildungsförderung an Universitäten**

256 Zusammenstellung der Studentenwerke, die gemäß § 40 Abs. 2 BAFöG Ämter für Ausbildungsförderung sind bzw. zur Durchführung dieser Aufgaben herangezogen werden.

**Studentenwerk mit den Aufgaben  
eines Amtes für Ausbildungsförderung**

**Zugeordnete Hochschulen**

<b>Land:</b>	<b>Baden-Württemberg</b>
<p><b>Studentenwerk Freiburg</b> Schreiberstr. 12 - 16, 79089 Freiburg Tel.: 0761 - 21 01-200 Fax: 0761 - 21 01-201 E-Mail: bafog@studentenwerk.uni-freiburg.de</p>	<p>zuständig für die Universität Freiburg ; Pädagogische Hochschule Freiburg, Staatliche Hochschule für Musik Freiburg Fachhochschule Furtwangen (auch Außenstelle Villingen-Schwenningen) Fachhochschule Offenburg (auch Außenstelle Gengenbach) Fachhochschule für Sozialwesen und Religionspädagogik (Deutscher Caritasverband) Freiburg Fachhochschule für Sozialwesen, Religionspädagogik und Gemeindediakonie (Evangelische Landeskirche) Freiburg Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Kehl Fachhochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen Gustav-Siewerth-Akademie, Weilheim - Bierbronnen</p>
<p><b>Studentenwerk Heidelberg</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Marstallhof 1-5, 69117 Heidelberg Tel.: 06221 - 542690, 542702 Fax: 06221 - 543524 E-Mail: foe.stw@urz.uni-heidelberg.de</p>	<p>zuständig für die Universität Heidelberg Pädagogische Hochschule Heidelberg Fachhochschule Heidelberg Fachhochschule Heilbronn/Künzelsau Hochschule für Jüdische Studien Heidelberg Hochschule für Kirchenmusik Heidelberg Fachhochschule Schwäbisch-Hall Fachhochschule Schwetzingen, Hochschule für Rechtspflege</p>
<p><b>Studentenwerk Hohenheim</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Kirchnerstr. 5, 70599 Stuttgart Postfach 70 05 62 70574 Stuttgart Tel.: 0711 - 459 - 2762 Fax: 0711 - 459 - 4235 E-Mail: swho@uni-hohenheim.de</p>	<p>zuständig für die Universität Hohenheim</p>
<p><b>Außenstelle Esslingen</b> Flandernstr. 107, 73732 Esslingen Tel.: 0711 - 937 8280 Fax: 0711 - 937 82822</p>	<p>zuständig für die Fachhochschule Esslingen (Hochschule für Technik (einschließlich Standort Göppingen)) Fachhochschule Esslingen (Hochschule für Sozialwesen) Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtlingen-Geislingen Staatl. anerkannte Fachhochschule für Kunsttherapie der Stiftung für Kunst und Kunsttherapie Nürtlingen</p>
<p><b>Studentenwerk Karlsruhe</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Adenauerring 7, 76131 Karlsruhe Tel.: 0721 - 6909 0 Fax: 0721 - 6909 222 E-Mail: bafog@studentenwerk.uni-karlsruhe.de</p>	<p>zuständig für die Universität Karlsruhe (TH) Staatliche Hochschule für Musik Karlsruhe Staatliche Akademie der Bildenden Künste Karlsruhe Pädagogische Hochschule Karlsruhe Hochschule Karlsruhe (Hochschule für Technik und Wirtschaft) Fachhochschule Pforzheim Staatliche Hochschule für Gestaltung Karlsruhe International University Bruchsal University of Southern Queensland Bretten Merkur Internationale Fachhochschule Karlsruhe Fachhochschule Calw (Hochschule für Wirtschaft und Medien) Die Internationale Hochschule Calw (Staatlich anerkannte Fachhochschule für Kreativpädagogik und Künstlerische Therapien des Zentrums für Neue Lernverfahren gGmbH)</p>

**Seezeit Studentenwerk Bodensee**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Robert-Gerwig-Str. 12, 78467 Konstanz  
 Tel.: 07531 - 9805 - 0  
 Fax: 07531 - 980555  
 E-Mail: bafocg@uni-konstanz.de

**Beratungsbüro Weingarten**

Tel.: 0751 - 43107

zuständig für die  
 Universität Konstanz  
 Fachhochschule Konstanz  
 Fachhochschule Isny (Allgäu)  
 Pädagogische Hochschule Weingarten  
 Fachhochschule Ravensburg  
 Zeppelin University Friedrichshafen

**Studentenwerk Mannheim**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Parkring 39, 68159 Mannheim  
 Postfach 10 30 37  
 68030 Mannheim  
 Tel.: 0621 - 292 - 1930  
 Fax: 0621 - 292 - 1940  
 E-Mail: bafocg@studentenwerk-mannheim.de

zuständig für die  
 Universität Mannheim  
 Staatliche Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Mannheim  
 Fachhochschule für Technik, Gestaltung und Sozialwesen Mannheim  
 Fachhochschule der Bundesagentur  
 Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, Fachbereich  
 Arbeits- und Bundeswehrverwaltung  
 Freie Hochschule für anthroposophische Pädagogik Mannheim

**Studentenwerk Stuttgart**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Höhenstrasse 10, 70736 Fellbach  
 Postfach 20 29, 70710 Fellbach  
 Tel.: 0711 - 9574 509, -517  
 Fax: 0711 - 9574 550  
 E-Mail: bafocg.sws@t-online.de

zuständig für die  
 Universität Stuttgart  
 Staatliche Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Stuttgart  
 Staatliche Akademie für Bildende Künste Stuttgart  
 Pädagogische Hochschule Ludwigsburg  
 Fachhochschule Stuttgart, Hochschule für Technik  
 Fachhochschule für Medien Stuttgart, (ehemals Druck und Medien)  
 Fachhochschule für Medien Stuttgart, (ehemals Bibliotheks- und  
 Informationswesen)  
 Fachhochschule Ludwigsburg, Hochschule für Finanzen und öffentliche  
 Verwaltung  
 Merz Akademie, Fachschule für Gestaltung Stuttgart, staatlich anerkannte  
 Fachhochschule  
 Freie Hochschule der Christengemeinschaft, Priesterseminar Stuttgart  
 Freie Hochschule Stuttgart, Seminar für Waldorfpädagogik  
 Evangelische Fachhochschule Reutlingen – Ludwigschafen  
 (Hochschule für Soziale Arbeit, Religionspädagogik und Diakonie der  
 Evangelischen Landeskirche in Württemberg)

**Studentenwerk Tübingen**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Wilhelmstrasse 15, 72074 Tübingen  
 Tel.: 07071 - 75011 0  
 Fax: 07071 - 7501159  
 E-Mail: bafocg@studentenwerk.uni-tuebingen.de

zuständig für die  
 Universität Tübingen  
 Staatliche Hochschule für Musik Trossingen  
 Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogische Hochschule Ludwigsburg mit  
 Sitz in Reutlingen  
 Fachhochschule Reutlingen, Hochschule für Technik und Wirtschaft  
 Fachhochschule Albstadt / Sigmaringen, Hochschule für Technik und  
 Wirtschaft  
 Theologisches Seminar der Evangelischen Methodistischen Kirche Reutlingen  
 Fachhochschule Rottenburg, Hochschule für Forstwirtschaft  
 Hochschule für Kirchenmusik der Diözese Rottenburg-Stuttgart  
 Hochschule für Kirchenmusik der Evangelischen Landeskirche Tübingen

**Studentenwerk Ulm**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Karlstr. 36, 89073 Ulm  
 Tel.: 0731 - 502 5246 - 5248  
 Fax: 0731 - 502 5251  
 E-Mail: bafocg@studentenwerk.uni-ulm.de  
**Beratungsbüro: Schwäbisch-Gmünd**  
 Tel.: 07141 - 983 400

zuständig für die  
 Universität Ulm  
 Fachhochschule Ulm - Hochschule für Technik  
 Fachhochschule Biberach - Hochschule für Bauwesen und Wirtschaft  
 Fachhochschule Aalen, Hochschule für Technik  
 Fachhochschule Schwäbisch-Gmünd, Hochschule für Gestaltung  
 Pädagogische Hochschule Schwäbisch-Gmünd  
 Fachhochschule Neu-Ulm

Land:	Bayern
<b>Studentenwerk Augsburg</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Eichleiterstr. 30, 86159 Augsburg Tel.: 0821 - 598 49 30 Fax: 0821 - 598 49 45 E-Mail: <a href="mailto:bafoeg@stw.uni-augsburg.de">bafoeg@stw.uni-augsburg.de</a> Internet: <a href="http://www.uni-augsburg.de/stw">www.uni-augsburg.de/stw</a>	zuständig für die Universität Augsburg Fachhochschule Augsburg Fachhochschule Kempten Hochschule für Musik Nürnberg/Augsburg - Abt. Augsburg
<b>Studentenwerk Oberfranken</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Universitätsstr. 30, 95447 Bayreuth Tel.: 0921 - 55 59 00 Fax: 0921 - 55 59 99 E-Mail: <a href="mailto:post@swo.uni-bayreuth.de">post@swo.uni-bayreuth.de</a> Internet: <a href="http://www.swo.uni-bayreuth.de">http://www.swo.uni-bayreuth.de</a>	zuständig für die Universität Bayreuth Fachhochschule Amberg-Weiden Fachhochschule Coburg Fachhochschule Hof (einschließlich Abt. Münchberg) Hochschule für ev. Kirchenmusik Bayreuth
<b>Studentenwerk Erlangen-Nürnberg</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Hofmannstr. 27, 91052 Erlangen Tel.: 09131 - 89 17-0 Fax: 09131 - 80 02 15 E-Mail: <a href="mailto:stw.afa@rzmail.uni-erlangen.de">stw.afa@rzmail.uni-erlangen.de</a> Internet: <a href="http://www.studentenwerk.uni-erlangen.de">www.studentenwerk.uni-erlangen.de</a>	zuständig für die Universität Erlangen-Nürnberg (ausgenommen die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche sowie die Erziehungswissenschaftliche Fakultät in Nürnberg) Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt in Ingolstadt Fachhochschule Ansbach Fachhochschule Ingolstadt Augustana-Hochschule Neuendettelsau Fachhochschule Weihenstephan, Abteilung Triesdorf
<b>Geschäftsstelle Nürnberg</b> Andrej-Sacharow-Platz 1, 90403 Nürnberg Tel.: 0911 - 588 57-0	zuständig für die Universität Erlangen-Nürnberg (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche sowie die Erziehungswissenschaftliche Fakultät) Fachhochschule Nürnberg Katholische Universität Eichstätt (ohne die Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät in Ingolstadt) Akademie der Bildenden Künste Nürnberg Evangelische Fachhochschule Nürnberg Hochschule für Musik Nürnberg-Augsburg in Nürnberg
<b>Studentenwerk München</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Leopoldstr. 15, 80802 München Tel.: 089 - 381 96-0 Fax: 089 - 381 96-111 E-Mail: <a href="mailto:afa@studentenwerk.mhn.de">afa@studentenwerk.mhn.de</a>	zuständig für die Universität München Technische Universität München (einschl. Weihenstephan) Hochschule für Philosophie München Akademie der Bildenden Künste München Hochschule für Musik und Theater München Hochschule für Fernsehen und Film München Fachhochschule München Fachhochschule Rosenheim Fachhochschule für angewandtes Management Erding Phil.-Theol. Hochschule der Salesianer Don Boscos in Benediktbeuern Fachhochschule Weihenstephan (mit Ausnahme der Abteilung Triesdorf) Fachhochschule der „Stiftung kath. Bildungsstätten für Sozialberufe Bayern“ in München Hochschule für Politik München Universität Eichstätt, Abt. München, FHS Studiengang Religionspädagogik und Kirchliche Bildungsarbeit Fachhochschule der „Stiftung kath. Bildungsstätten für Sozialberufe in Bayern“, Abt. Benediktbeuern Munich Business School
<b>Studentenwerk Niederbayern/Oberpfalz</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Albertus-Magnus-Str. 4, 93053 Regensburg Tel.: 0941 - 943-22 09 Fax: 0941 - 943-1938 E-Mail: <a href="mailto:Utto.Spielbauer@studentenwerk.uni-regensburg.de">Utto.Spielbauer@studentenwerk.uni-regensburg.de</a> Internet: <a href="http://www.studentenwerk.uni-regensburg.de">www.studentenwerk.uni-regensburg.de</a>	zuständig für die Universität Regensburg Universität Passau Hochschule für katholische Kirchenmusik Regensburg Fachhochschule Regensburg Fachhochschule Landshut Fachhochschule Deggendorf Private Fachhochschule für Physio- und Ergotherapie Döpfer in Schwandorf

**Studentenwerk Würzburg**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Am Studentenhäus, 97072 Würzburg  
 Tel.: 0931 – 80 05 - 0  
 Fax: 0931 – 80 05 - 412  
 E-Mail: wuerzburg@bafog.bayern.de  
 Internet: www.studentenwerk-wuerzburg.de

zuständig für die  
 Universität Würzburg  
 Hochschule für Musik Würzburg  
 Fachhochschule Würzburg / Schweinfurt  
 Fachhochschule Aschaffenburg

**Zweigstelle Bamberg**

Austr. 37, 96047 Bamberg  
 Tel: 0951 – 2 97 81 – 20; -21  
 Fax: 0951 – 2 97 81 - 15

zuständig für die  
 Universität Bamberg

**Land:****Berlin****Studentenwerk Berlin**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Behrenstrasse 1 – 16, 10117 Berlin  
 Tel.: 030 - 202 450  
 Fax: 030 – 20245 470  
 E-Mail: info@studentenwerk-berlin.de  
 Internet: <http://home.t-online.de/home/studentenwerk.blm/>

zuständig für alle Hochschulen im Land Berlin

**Land:****Brandenburg****Studentenwerk Frankfurt/Oder**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Paul-Feldner-Str. 8, 15230 Frankfurt/Oder  
 Tel.: 0335 – 565 09 - 0  
 Fax: 0335 - 565 09 - 99  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-frankfurt.de

zuständig für die  
 Europa-Universität Frankfurt/Oder  
 Fachhochschule Eberswalde

**Außenstelle Cottbus**

Juri-Gagarin-Str. 8a, 03046 Cottbus  
 Tel.: 0355 - 7821 - 0  
 Fax: 0355 - 7821 - 360  
 E-Mail: bafog.cb@studentenwerk-frankfurt.de

zuständig für die  
 Brandenburgische Technische Universität Cottbus  
 Fachhochschule Lausitz

**Studentenwerk Potsdam**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Friedrich-Ebert-Str. 4, 14467 Potsdam  
 Postfach 60 13 53  
 14413 Potsdam  
 Tel.: 0331 - 3706 - 0  
 Fax: 0331 - 3706 - 325  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-potsdam.de

zuständig für die  
 Universität Potsdam  
 Hochschule für Film und Fernsehen „Konrad Wolf“ Potsdam-Babelsberg  
 Fachhochschule Potsdam  
 Fachhochschule Brandenburg  
 Technische Fachhochschule Wildau

**Land:****Bremen****Studentenwerk Bremen**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Bibliothekstr. 3, 28359 Bremen  
 Postfach 33 04 49  
 28334 Bremen  
 Tel.: 0421 - 22 01-0  
 Fax: 0421 - 22 01-205  
 E-Mail: bafog@studentenwerk.bremen.de  
 Internet: www.studentenwerk.bremen

zuständig für die  
 Universität Bremen  
 Hochschule Bremen  
 Hochschule der Künste Bremen  
 Hochschule Bremerhaven  
 International University Bremen



Land:	Hamburg
<p><b>Studentenwerk Hamburg</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Grindelallee 9, 20146 Hamburg Postfach 130103, 20101 Hamburg Tel.: 040 - 4 19 02-0 Fax: 040 - 4 19 02-126 E-Mail: <a href="mailto:bafog@studentenwerk.hamburg.de">bafog@studentenwerk.hamburg.de</a></p>	<p>zuständig für die Universität Hamburg Technische Universität Hamburg-Harburg Hafen City Universität Hamburg Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg Hochschule für Musik und Theater Hochschule für bildende Künste Evangelische Fachhochschule für Sozialpädagogik Bucerius Law School</p>
Land:	Hessen
<p><b>Studentenwerk Darmstadt</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Petersenstr. 14, 64287 Darmstadt Postfach 10 13 21, 64213 Darmstadt Tel.: 06151 - 16 25 10 Fax: 06151 - 16 51 82 E-Mail: <a href="mailto:bafog@studentenwerkdarmstadt.de">bafog@studentenwerkdarmstadt.de</a> Internet: <a href="http://www.tu-darmstadt.de/studentenwerk">www.tu-darmstadt.de/studentenwerk</a></p>	<p>zuständig für die Technische Universität Darmstadt Fachhochschule Darmstadt einschließlich Standort Dieburg Evangelische Fachhochschule Darmstadt Private Fern-Fachhochschule Darmstadt</p>
<p><b>Studentenwerk Frankfurt am Main</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Bockenheimer Landstr. 133, 60325 Frankfurt am Main Postfach 90 04 60, 60444 Frankfurt am Main Tel.: 069 - 798 230 10 Fax: 069 - 798 230 46</p>	<p>zuständig für die Universität Frankfurt am Main Fachhochschule Frankfurt am Main, University of Applied Sciences Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Frankfurt am Main Staatliche Hochschule für Bildende Künste -Städelschule - Frankfurt am Main Hochschule für Gestaltung Offenbach Fachhochschule Wiesbaden, University of Applied Sciences Europa Fachhochschule Fresenius Idstein Luth. Theol. Hochschule Oberursel Phil.-Theol. Hochschule St. Georgen Frankfurt am Main EBS - European Business School Oestrich-Winkel Verwaltungsfachhochschule Wiesbaden Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung, Fachbereich öffentliche Sicherheit, Abteilung Kriminalpolizei Wiesbaden HfB - Hochschule für Bankwirtschaft, Business School of Finance Management, Private Fachhochschule der Bankakademie e.V., Frankfurt am Main Accadis Bad Homburg Providis School of international Management and Technology Frankfurt am Main</p>
<p><b>Studentenwerk Gießen</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Otto-Behaghel-Str. 23-27, 35394 Gießen Postfach 111129,35394 Gießen Tel.: 0641 - 400 08 -0 Fax: 0641 - 400 08-109 E-Mail: <a href="mailto:studentenwerk@studwerk.uni-giessen.de">studentenwerk@studwerk.uni-giessen.de</a> Internet: <a href="http://w2kserv3.uni-giessen.de/studentenwerk">w2kserv3.uni-giessen.de/studentenwerk</a></p>	<p>zuständig für die Universität Gießen Fachhochschule Gießen-Friedberg Fachhochschule Fulda Theologische Fakultät Fulda</p>
<p><b>Außenstelle Fulda</b> Marquardstr. 26, 36039 Fulda Tel.: 0661 - 6 90 31 Fax: 0661 - 60 78 26</p>	
<p><b>Außenstelle Friedberg</b> Wilhelm-Leuschner-Straße 13, 61169 Friedberg, Tel.: 06031 – 60 41 64 (mittwochs von 08.00-12,00 Uhr und 13.00-15.00 Uhr im Semester) E-Mail: <a href="mailto:erich.g.baeuuml@studwerk.uni-giessen.de">erich.g.baeuuml@studwerk.uni-giessen.de</a></p>	

**Studentenwerk Kassel**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Wolfhagerstr. 10, 34117 Kassel  
 Postfach 103660, 34036 Kassel  
 Tel.: 0561 - 804 - 2551  
 Fax: 0561 - 804 - 2548  
 E-Mail: foerderung@studentenwerk-uni.kassel.de  
 Internet: www.uni-kassel.de/stw

zuständig für die  
 Universität Kassel  
 Verwaltungsfachhochschule Rotenburg/Fulda  
 Private staatliche genehmigte Fachhochschule Nordhessen der Diploma  
 Private Hochschulgesellschaft mbH, Bad Sooden-Allendorf  
 Hochschule der gesetzlichen Unfallversicherung, Private Fachhochschule des  
 Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) e.V., Bad Hersfeld  
 Kassel International Management School (KIMS)

**Außenstelle Witzenhausen**

Stubenstr. 20, 37213 Witzenhausen  
 Tel.: 05542 - 981 - 202, - 260  
 Fax: 05542 - 981 - 400  
 E-Mail: witzenhausen@studentenwerk.uni-kassel.de

**Studentenwerk Marburg/Lahn**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Erlening 5, 35037 Marburg  
 Postfach 22 80, 35037 Marburg  
 Tel.: 06421 - 29 62 01  
 Fax: 06421 - 1 57 61  
 E-Mail: bafog@studentenwerk.marburg.de

zuständig für die  
 Universität Marburg  
 Fachhochschule für Archivwesen, Archivschule Marburg

**Land:****Mecklenburg-Vorpommern****Studentenwerk Greifswald**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Am Schießwall 1-4, 17489 Greifswald  
 Postfach 1105, 17464 Greifswald  
 Tel.: 03834 - 86 17 40  
 Fax: 03834 - 86 17 48  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-greifswald.de  
 Internet: www.studentenwerk-greifswald.de

zuständig für die  
 Universität Greifswald

**Außenstelle Neubrandenburg**

Brodraer Straße 4  
 17033 Neubrandenburg  
 Tel.: 0395 - 5693 994  
 Fax: 0395 - 5693 960  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-greifswald.de  
 Internet: www.studentenwerk-greifswald.de

zuständig für die  
 Fachhochschule Neubrandenburg

**Außenstelle Stralsund**

Zur Schwedenschanze 15  
 18435 Stralsund  
 Tel.: 03831 - 450 835  
 Fax: 03831 - 450 900  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-greifswald.de  
 Internet: www.studentenwerk-greifswald.de

zuständig für die  
 Fachhochschule Stralsund

**Studentenwerk Rostock**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 St.-Georg-Straße, 104-107, 18055 Rostock  
 Tel.: 0381 - 4 59 26 00  
 Fax: 0381 - 4 59 26 38  
 E-Mail: bafog@studentenwerk-rostock.de  
 Internet: www.studentenwerk-rostock.de

zuständig für die  
 Universität Rostock  
 Fachhochschule Wismar  
 Hochschule für Musik und Theater Rostock

Land:	Niedersachsen
<b>Studentenwerk Braunschweig</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Förderungsabteilung Nordstraße 11, 38106 Braunschweig Tel.: 0531 - 3 91 - 49 -02; -22 Fax: 0531 - 3 91 - 49 20 E-Mail: swbs-bafoeg@tu-bs.de	zuständig für die Technische Universität Braunschweig Hochschule für Bildende Künste Braunschweig Universität Hildesheim Universität Lüneburg Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel Fachhochschule Hildesheim/Holzminde (nur Fachbereiche in Hildesheim) Fachhochschule Nordostniedersachsen
<b>Außenstelle Hildesheim</b> Wallstr. 3-5, 31134 Hildesheim Tel.: 05121 - 15 02 10 Fax: 05121 - 15 02 30	
<b>Außenstelle Lüneburg</b> Munstermannkamp 3, 21335 Lüneburg Tel.: 04131 - 7 89 63 -20 Fax: 04131 - 7 89 63 -30	
<b>Außenstelle Wolfenbüttel</b> Am Exter 23, 38302 Wolfenbüttel Tel.: 05331 - 93 95 50 Fax: 05331 - 93 95 94	
<b>Studentenwerk Clausthal</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Gerhard-Rauschenbach-Str. 4, 38678 Clausthal-Zellerfeld Tel.: 05323 - 7272 -10; - 12 Fax: 05323 - 7272 - 49 E-Mail: studentenwerk@tu-clausthal.de	zuständig für die Technische Universität Clausthal
<b>Studentenwerk Göttingen</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Abt. für Ausbildungsförderung Platz der Göttinger Sieben 4, 37073 Göttingen Tel.: 0551 - 395 - 134 Fax: 0551 - 395 - 368 E-Mail: bafoeg@studentenwerk-goettingen.de	zuständig für die Universität Göttingen Fachhochschule Hildesheim/Holzminde (Fachbereiche in Göttingen und Holzminde) Private Fachhochschule Göttingen
<b>Studentenwerk Hannover</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Abt. für Ausbildungsförderung Callinstraße 30a, 30167 Hannover Postfach 58 20, 30058 Hannover Tel.: 0511 - 7 68 81 26 Fax: 0511 - 7 68 81 52 E-Mail: bafoeg@studentenwerk.uni-hannover.de	zuständig für die Universität Hannover Medizinische Hochschule Hannover Tierärztliche Hochschule Hannover Hochschule für Musik und Theater Hannover Fachhochschule Hannover ( mit Fachbereichen Architektur und Bauingenieurwesen in Nienburg und Fachbereiche Bioverfahrenstechnik in Ahlen) Evangelische Fachhochschule Hannover, Fachbereiche Sozialwesen und Religionspädagogik Fachhochschule Ottersberg, Fachbereiche Kunsttherapie und Kunstpädagogik Fachhochschule für die Wirtschaft (FHDW) (mit dem Fachbereich Betriebswirtschaft) Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege (mit dem Fachbereich Verwaltungsbetriebswirtschaft in Hildesheim)
<b>Studentenwerk Oldenburg</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Abt. für Ausbildungsförderung Schützenweg 44, 26129 Oldenburg Tel.: 0441 - 971 75 -0 Fax: 0441 - 971 75 -99 E-Mail: bafoeg@sw-ol.de	zuständig für die Universität Oldenburg Fachhochschule Oldenburg / Wilhelmshaven / Emden

**Studentenwerk Osnabrück**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Große Hamkenstr. 190, 49074 Osnabrück  
 Tel.: 0541 – 3 31 47 - 0  
 Fax: 0541 - 3 31 47 - 40

zuständig für die  
 Universität Osnabrück  
 Fachhochschule Osnabrück  
 Katholische Fachhochschule Norddeutschland, (Staatl. anerkannte  
 Fachhochschule für Sozialwesen, Vechta und Osnabrück)

**Außenstelle Vechta**

Universitätsstr. 1, 49377 Vechta  
 Tel.: 04441 - 55 15

zuständig für die  
 Hochschule Vechta  
 Fachhochschule Osnabrück, Standort Lingen

**Außenstelle Lingen**

Am Wall Süd 16, 49808 Lingen  
 Tel.: 0591 – 9 12 69 14

zuständig für die  
 Fachhochschule Osnabrück, Standort Lingen

**Land:****Nordrhein-Westfalen****Studentenwerk Aachen**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Turmstrasse 3, 52072 Aachen  
 Tel.: 0241 – 88 84 - 0  
 Fax: 0241 – 88 84 – 114  
 E-Mail: manfred.buengerhausen@stw.rwth-aachen.de  
 Internet: www.studentenwerk-aachen.de

zuständig für die  
 Technische Hochschule Aachen  
 Fachhochschule Aachen, Abteilung Aachen und Abteilung Jülich  
 Katholische Fachhochschule NRW, Abteilung Aachen  
 Hochschule für Musik Köln, Abteilung Aachen

**Studentenwerk Bielefeld**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld  
 Postfach 100203, 33502 Bielefeld  
 Tel.: 0521 - 1 06-02  
 Fax: 0521 - 1 06-4121  
 E-Mail: stw.bafog@uni-bielefeld.de

zuständig für die  
 Universität Bielefeld  
 Kirchliche Hochschule Bethel  
 Fachhochschule Bielefeld  
 Hochschule für Musik Detmold  
 Fachhochschule Lippe  
 Hochschule für Kirchenmusik Herford  
 Oberstufen-Kolleg des Landes NRW an der Universität  
 Fachhochschule des Mittelstandes (FHM) Bielefeld

**Akademisches Förderungswerk Bochum**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Studentenwerk - Amt für Ausbildungsförderung  
 Universitätsstr. 150 , 44801 Bochum-Querenburg  
 Tel.: 0234 – 32 – 1 10 10  
 Fax: 0234 – 32 – 1 40 10  
 E-Mail: Bafog@akafloe.de

zuständig für die  
 Ruhr-Universität Bochum  
 Fachhochschule Bochum  
 Fachhochschule Gelsenkirchen  
 Evangelische Fachhochschule Rheinland - Westfalen - Lippe, Bochum  
 Folkwang-Hochschule Essen, Abteilung Bochum  
 Technische Fachhochschule Georg Agricola Bochum  
 Universität Witten-Herdecke

**Studentenwerk Bonn**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Nassestr. 11, 53113 Bonn  
 Tel.: 0228 - 73 71 71  
 Fax: 0228 - 73 71 80  
 E-Mail: bafog@stw-bonn.de

zuständig für die  
 Universität Bonn  
 Philosophisch-Theologische Hochschule St. Augustin  
 Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg  
 Fachhochschule für das öffentliche Bibliothekswesen Bonn  
 Fachhochschule Bad Honnef

**Studentenwerk Dortmund**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Vogelpothsweg 85, 44227 Dortmund  
 Postfach 50 02 48, 44202 Dortmund  
 Tel.: 0231 - 7 55 36 42  
 Fax: 0231 - 75 40 60  
 E-Mail: info@stwd.de

zuständig für die  
 Universität Dortmund  
 Fachhochschule Dortmund  
 Hochschule für Musik Detmold - Abt. Dortmund  
 International School of Management (ISM) GmbH Dortmund  
 Märkische Fachhochschule Iserlohn  
 Fern Universität - Gesamthochschule Hagen  
 Business and Information Technology School Iserlohn (BITS)

**Studentenwerk Düsseldorf**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf  
 Tel.: 0211 - 8 11-33 81  
 Fax: 0211 - 8 11-23 83  
 E-Mail: BafogGAmt@Studentenwerk-Duesseldorf.de

zuständig für die  
 Universität Düsseldorf  
 Kunstakademie Düsseldorf  
 Fachhochschule Düsseldorf  
 Fachhochschule Niederrhein Krefeld (mit Abteilung Mönchengladbach)  
 Robert-Schumann-Hochschule für Musik Rheinland

**Studentenwerk Essen-Duisburg**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Reckhammerweg 1, 45141 Essen  
 Postfach 103731, 45141 Essen  
 Tel.: 0201 - 8 20 10 - 0  
 Fax: 0201 - 8 20 10 - 61  
 E-Mail: [bafoeg@stw.essen-duisburg.de](mailto:bafoeg@stw.essen-duisburg.de)

zuständig für die  
 Universität - Gesamthochschule Essen  
 Universität Duisburg  
 Gesamthochschule Duisburg  
 Folkwang-Hochschule für Musik, Theater, Tanz Essen  
 Folkwang-Hochschule für Musik Essen - Abteilung Duisburg

**Köln Studententwerk**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Universitätsstr. 16, 50937 Köln  
 Tel.: 0221 - 94 26 50  
 Fax: 0221 - 94 26 - 51 34  
 E-Mail: [bafoeg@kstw.de](mailto:bafoeg@kstw.de)

zuständig für die  
 Universität zu Köln  
 Deutsche Sporthochschule  
 Hochschule für Musik  
 Fachhochschule Köln mit Abteilung Gummersbach  
 Katholische Fachhochschule NRW Abteilung Köln  
 Rheinische Fachhochschule Köln  
 Kunsthochschule für Medien Köln  
 Fachhochschule der Wirtschaft Paderborn, Abteilung Bergisch Gladbach

**Studentenwerk Münster**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Bismarckallee 5, 48143 Münster  
 Tel.: 0251 - 837 - 00  
 Fax: 0251 - 837 - 95 42  
 E-Mail: [bafoeg@studentenwerk-muenster.de](mailto:bafoeg@studentenwerk-muenster.de)

zuständig für die  
 Universität Münster  
 Fachhochschule Münster  
 Kunstakademie Münster  
 Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen-Lippe, Abteilung Münster  
 Staatliche Hochschule für Musik Westfalen-Westfalen-Lippe,  
 Abteilung Münster  
 Phil. Theol. Hochschule der Franziskaner und Kapuziner in Münster

**Studentenwerk Paderborn**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Warburger Str. 100, 33098 Paderborn  
 Tel.: 05251 - 6 03 - 1 18  
 Fax: 05251 - 6 03 - 8 60  
 E-Mail: [bafoeg@studentenwerk-pb.de](mailto:bafoeg@studentenwerk-pb.de)  
 Internet: [www.studentenwerk-pb.de](http://www.studentenwerk-pb.de)

zuständig für die  
 Universität Paderborn  
 Theologische Fakultät Paderborn  
 Katholische Fachhochschule NRW, Abteilung Paderborn  
 Fachhochschule der Wirtschaft (FHDW)

**Studentenwerk Siegen**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Herrengarten 5, 57072 Siegen  
 Postfach 10 02 20, 57002 Siegen  
 Tel.: 0271 - 7 40 - 1  
 Fax: 0271 - 7 40 - 49 60  
 E-Mail: [info@studentenwerk.uni-siegen.de](mailto:info@studentenwerk.uni-siegen.de)  
 Internet: <http://www.uni-siegen.de/others/stw>

zuständig für die  
 Universität Siegen

**Hochschulwerk Witten-Herdecke e.V.**

\* Förderungsanträge an das Akademische Förderungswerk Bochum ! \*

**Hochschul-Sozialwerk Wuppertal**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
 Studentenwerk  
 Amt für Ausbildungsförderung  
 Max-Horkheimer-Str. 15, 42119 Wuppertal  
 Tel.: 0202 - 4 39 - 25 73; - 3861  
 Fax: 0202 - 4 39 - 25 68  
 E-Mail: [bafoeg@uni-wuppertal.de](mailto:bafoeg@uni-wuppertal.de)

zuständig für die  
 Bergische Universität Gesamthochschule Wuppertal  
 Hochschule für Musik Köln, Abt. Wuppertal  
 Kirchliche Hochschule Wuppertal

**Land:****Rheinland-Pfalz**

In Rheinland-Pfalz werden die BAföG-Anträge direkt an der Hochschule abgegeben !

**Johannes-Gutenberg-Universität Mainz**

Amt für Ausbildungsförderung  
 Saarstr. 21, 55122 Mainz  
 Tel.: 06131 - 39 - 22430  
 Fax: 06131 - 39 - 254 52  
 E-Mail: [bafoeg@verwaltung.uni-mainz.de](mailto:bafoeg@verwaltung.uni-mainz.de)

**Außenstelle Germersheim**

Amt für Ausbildungsförderung  
An der Hochschule 2, 76726 Germersheim  
Tel.: 07274 – 508 35 429  
E-Mail: wohlfahrt@mail.fask.uni-mainz.de

---

**Universität Koblenz-Landau**

Amt für Ausbildungsförderung  
Universitätsstr. 1, 56070 Koblenz  
Tel.: 0261 – 287 1759 /-1760 /-1758  
E-Mail: degen@uni-koblenz-landau.de  
ritter@uni-koblenz-landau.de  
reuter@uni-koblenz-landau.de

---

**Abteilung Landau**

Amt für Ausbildungsförderung  
Westring 2, 76829 Landau  
Tel.: 06341 – 92 41 63 /-62 /-70  
E-Mail: bamberger@uni-koblenz-landau.de  
harsch@uni-koblenz-landau.de  
thomas@uni-koblenz-landau.de

---

**Fachhochschule Bingen**

Amt für Ausbildungsförderung  
Berlinstraße 109, 55411 Bingen  
Tel.: 06721 – 409 330 /-331  
E-Mail: vandenboever@fh-bingen.de

---

**Fachhochschule Koblenz**

Amt für Ausbildungsförderung  
Rheinstraße 3 - 4, 56075 Koblenz  
Tel.: 0261 – 9528156 /-223  
E-Mail: schmitt@verw.fh-koblenz.de  
ramroth@fh-koblenz.de

---

**Fachhochschule Koblenz**

**Abteilung Remagen**  
Amt für Ausbildungsförderung  
Südallee 2, 53424 Remagen  
Tel.: 02642 – 932150  
E-Mail: lahr@rheinahrcampus.de

---

**Fachhochschule Ludwigshafen**

Amt für Ausbildungsförderung  
Ernst-Boeche-Straße 4, 67059 Ludwigshafen  
Tel.: 0621 -5203165  
E-Mail: kotulla@fh-ludwigshafen.de

---

**Fachhochschule Worms**

Amt für Ausbildungsförderung  
Erenburgerstraße 19, 67549 Worms  
Tel.: 06241 – 509 184/ -183  
E-Mail: bernhard@fh-worms.de  
augustin@fh-worms.de

---

**Universität Kaiserslautern**

Amt für Ausbildungsförderung - Förderungsabteilung  
Gottlieb-Daimler-Straße, 67663 Kaiserslautern  
Tel.: 0631 - 205 - 27 00, - 20 43  
Fax: 0631 - 205 - 43 86  
E-Mail: foerd-abt@verw.uni-kl.de

---

**Universität Trier**

Amt für Ausbildungsförderung  
Universitätsring 15, 54286 Trier  
Postfach, 54286 Trier,  
Tel.: 0651 - 20 1 - 0  
Fax: 0651 - 2 01 – 3853

zuständig für die  
Universität Trier  
Theologische Fakultät Trier  
Fachhochschule Trier

---



**Fachhochschule Trier**

Amt für Ausbildungsförderung  
Schneidershof, 54293 Trier

**Standort Birkenfeld**

Amt für Ausbildungsförderung  
Umwelt-Campus, 55678 Neubrücke  
Tel.: 06782 – 17 – 0

**Land:****Saarland****Universität des Saarlandes**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung - Im Auftrag Studentenwerk im Saarland e.V.  
Universitätsgelände, - Gebäude D 4.1, 66123 Saarbrücken  
Tel.: 0681 - 3 02 - 49 92  
Fax: 0681 - 3 02 - 49 93  
E-Mail: [bafoeg-amt@stw.uni-sb.de](mailto:bafoeg-amt@stw.uni-sb.de)  
Internet: [www.studentenwerk-saarland.de](http://www.studentenwerk-saarland.de)

zuständig für die  
Universität des Saarlandes, Saarbrücken  
Universität des Saarlandes, Medizinische Fakultät, Homburg / Saar  
Hochschule des Saarlandes für Musik und Theater  
Hochschule der Bildenden Künste, Saarbrücken  
Katholische Hochschule für soziale Arbeit, Saarbrücken  
Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes  
Fachhochschule für Bergbau (Träger: Saarbergwerke AG)

**Land:****Sachsen****Studentenwerk Chemnitz-Zwickau**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung  
Thüringer Weg 3, 09126 Chemnitz  
Tel.: 0371 - 56 28 - 4 50  
Fax: 0371 - 56 28 - 4 55  
E-Mail: [studentenwerk@th-chemnitz.de](mailto:studentenwerk@th-chemnitz.de)  
Internet: [www.tu.chemnitz.de](http://www.tu.chemnitz.de)

zuständig für die  
Technische Universität Chemnitz-Zwickau  
Fachhochschule Oelsnitz/Vogtland

**Bereich Zwickau**

Innere Schneeberger Str. 23, 08056 Zwickau  
Tel.: 0375 - 27 10 - 1 16  
Fax: 0375 - 27 10 - 1 00  
E-Mail: [studentenwerk@th-chemnitz.de](mailto:studentenwerk@th-chemnitz.de)  
Internet: [www.tu.chemnitz.de](http://www.tu.chemnitz.de)

zuständig für die  
Westfälische Hochschule Zwickau (FH)

**Studentenwerk Dresden**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung  
Fritz-Löffler-Str. 18, 01069 Dresden  
Tel.: 0351 - 4 69 75 - 18  
Fax: 0351 - 4 69 75 - 50  
E-Mail: [bafoeg@swdd.tu-dresden.de](mailto:bafoeg@swdd.tu-dresden.de)  
Internet: [www.tu-dresden.de/studierende.htm](http://www.tu-dresden.de/studierende.htm)

zuständig für die  
Technische Universität Dresden  
Hochschule für Bildende Künste Dresden  
Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden  
Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden (FH)  
Evangelische Fachhochschule für Sozialarbeit Dresden  
Fachhochschule für Religionspädagogik und Gemeindediakonie Moritzburg  
Palucca Schule Dresden, Akademie für Künstlerischen Tanz

**Außenstelle Zittau**

Schliebenstrasse 29, 02763 Zittau  
Tel.: 03583 - 68 81 51  
Fax: 03583 - 68 81 57

zuständig für die  
Hochschule für Technik und Wirtschaft Zittau/ Görlitz (FH)  
Internationales Hochschulinstitut Zittau

**Studentenwerk Freiberg**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung  
Petersstr. 5, 09599 Freiberg  
Tel.: 03731 - 26 24 15  
Fax: 03731 - 26 24 16  
E-Mail: [studwerk@student.tu-freiberg.de](mailto:studwerk@student.tu-freiberg.de)

zuständig für die  
Technische Universität Bergakademie Freiberg  
Hochschule für Technik und Wirtschaft Mittweida (FH)

**Studentenwerk Leipzig**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung  
Goethestr. 6, 04109 Leipzig  
Tel.: 0341 - 96 59 - 7 10  
Fax: 0341 - 96 59 - 9 23  
E-Mail: [koch@swl.uni-leipzig.de](mailto:koch@swl.uni-leipzig.de)

zuständig für die  
Universität Leipzig  
Hochschule für Grafik und Buchkunst  
Hochschule für Musik und Theater  
Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (FH)  
Fachhochschule Leipzig der Deutschen Telekom

Land:	Sachsen-Anhalt
<p><b>Studentenwerk Halle</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Wolfgang-Langenbeck-Strasse 5, 06120 Halle Postfach 11 05 41, 06119 Halle Tel.: 0345 – 6847 - 0 Fax: 0345 – 6847 - 202 E-Mail: <a href="mailto:bafoeg@studentenwerk-halle.de">bafoeg@studentenwerk-halle.de</a> Internet: <a href="http://www.studentenwerk-halle.de">www.studentenwerk-halle.de</a></p>	<p>zuständig für die Universität Halle Hochschule für Kunst und Design Halle Hochschule Anhalt (FH), Hochschule für angewandte Wissenschaften - Standorte Bernburg; Dessau; Köthen Fachhochschule Merseburg Evangelische Hochschule für Kirchenmusik Halle</p>
<p><b>Studentenwerk Magdeburg</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Johann-Gottlob-Nathusius-Ring 5, 39016 Magdeburg Postfach 40 43, 39015 Magdeburg Tel.: 0391 - 67 - 18352 Fax: 0391 – 67 - 11513 E-Mail: <a href="mailto:bafoeg@studentenwerk-magdeburg.de">bafoeg@studentenwerk-magdeburg.de</a> Internet: <a href="http://www.uni-magdeburg.de/orgf/swmd">www.uni-magdeburg.de/orgf/swmd</a></p>	<p>zuständig für die Universität Magdeburg Theologische Hochschule Friedensau Fachhochschule Magdeburg Hochschule Harz, Wernigerode Fachhochschule Altmark, Stendal</p>
Land:	Schleswig-Holstein
<p><b>Studentenwerk Schleswig-Holstein</b> Anstalt des öffentlichen Rechts Amt für Ausbildungsförderung Westring 385, 24118 Kiel Tel.: 0431 – 88 16 – 2 05 Fax: 0431 - 80 54 16 0 E-Mail: <a href="mailto:Studentenwerk.S-H@t-online.de">Studentenwerk.S-H@t-online.de</a> Internet: <a href="http://www.studentenwerk-S.-H.de">www.studentenwerk-S.-H.de</a></p>	<p>zuständig für die Universität zu Kiel Universität Flensburg Fachhochschule Flensburg Fachhochschule Kiel mit den Standorten Eckernförde und Osterrönfeld/Rendsburg Muthesius-Hochschule Kiel, Fachhochschule für Kunst und Gestaltung Fachhochschule Lübeck</p>
<p><b>Geschäftsstelle Flensburg</b> Kanzleistr. 91-93, 24943 Flensburg Tel.: 0461 - 1 75 85</p>	<p>zuständig für die Musikhochschule Lübeck Medizinische Universität zu Lübeck Fachhochschule Westküste, Heide</p>
<p><b>Geschäftsstelle Lübeck</b> Mönkehofer Weg 241, 23562 Lübeck Tel.: 0451 - 5 0033 01</p>	<p>zuständig für die Staatlich anerkannte Fachoberschule für Physikalische Technik und Informationstechnik, PTL Wedel, Prof. Dr. H. Harms Gemeinnützige Schulgesellschaft mbH</p>
<p><b>Geschäftsstelle Lübeck</b> Mönkehofer Weg 241, 23562 Lübeck</p>	<p>zuständig für die Private Fachhochschule Nordakademie GmbH, Pinneberg Fachhochschule für Verwaltung Altenholz</p>
<p><b>Geschäftsstelle Kiel</b> Sokratesplatz 1, 24149 Kiel Tel.: 0431 - 2 10 48 50</p>	<p>zuständig für die Fachhochschule Kiel</p>

**Land:****Thüringen****Studentenwerk Erfurt-Illmenau**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung  
Nordhäuser Str. 63, 99089 Erfurt  
Postfach 8 48, 99016 Erfurt  
Tel.: 0361 - 7 37 18 53  
Fax: 0361 - 7 37 19 92  
E-Mail: karl.theile@swe.uni-erfurt.de

zuständig für die  
Universität Erfurt  
Fachhochschule Erfurt  
Theologische Fakultät Erfurt  
Fachhochschule Nordhausen  
Fachhochschule Schmalkalden  
Technische Universität Illmenau

**Studentenwerk Jena-Weimar**

Anstalt des öffentlichen Rechts  
Amt für Ausbildungsförderung  
Philosophenweg 20, 07743 Jena  
Postfach 10 08 22, 07708 Jena  
Tel.: 03641 - 93 05 - 60  
Fax: 03641 - 93 05 - 02  
E-Mail: F@stw.uni-jena.de

zuständig für die  
Universität Jena  
Fachhochschule Jena  
Universität Weimar  
Hochschule für Musik „Franz Liszt“ Weimar



## Aufgaben des Wohngeldgesetzes

1 Wohngeld ist ein Zuschuss des Staates zu den Wohnkosten. Nach seinem gesellschafts- und wohnungspolitischen Grundgedanken soll es jeder Familie und jedem alleinstehenden Bürger ein angemessenes und familiengerechtes Wohnen wirtschaftlich sichern. Sind die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen gegeben, so hat jeder Antragberechtigte, sei er Mieter oder Eigentümer von selbst genutztem Wohnraum, einen Rechtsanspruch auf Wohngeld. Diesem Rechtsanspruch steht die Verpflichtung gegenüber, bei jedem Erst- oder Weiterbewilligungsantrag das Einkommen und die Miete oder Belastung sowie die Haushaltsgröße nachzuweisen. Damit wird eine treffsichere, nach objektiven Kriterien bemessene Hilfe gewährleistet und zugleich eine Fehlförderung vermieden.

2 Während durch die staatliche Förderung des Wohnungsbaus (Objektförderung) einkommensschwachen Bevölkerungskreisen mittelbar geholfen wird, eine angemessene Wohnung zu erhalten (Bindung des Eigentümers bei der Vergabe von Wohnungen und bei der Festsetzung der Mietpreise), hilft das Wohngeld im Wege der Subjektförderung unmittelbar den Mietern und Eigentümern, die hohe Mieten und Lasten nicht tragen können, durch einen Mietzuschuss bzw. einen Lastenzuschuss.

## Entwicklung des Wohngeldrechts

3 Bei der Wohnraumversorgung der Bevölkerung zu angemessenen Bedingungen kommt dem Wohngeld ein hoher Stellenwert zu. Bereits 1955 wurden Beihilfen zur Milderung von Härten für einkommensschwache Mieter vorgesehen. Als soziale Abfederung der Lockerung der Wohnungszwangswirtschaft enthielten in den Folgejahren verschiedene Gesetze Miet- und Lastenbeihilfen; diese wurden 1965 unter dem Begriff Wohngeld im (1.) Wohngeldgesetz

(WoGG) zusammengefasst. Es wurde 1970 durch das zielgenauere und verbesserte 2. Wohngeldgesetz abgelöst.

Seit dem In-Kraft-Treten des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (Allgemeiner Teil) im Jahre 1976 ist die finanzielle Unterstützung für eine angemessene Wohnung als soziales Recht ausgestaltet und damit das Wohngeld als eine eigenständige, auf Dauer angelegte Sozialleistung bestätigt worden (§ 7 SGB I). Das Wohngeldgesetz gilt nach § 68 Nr. 10 SGB I als besonderer Teil des Sozialgesetzbuchens.

4 Das Wohngeldgesetz ist in der Folgezeit mehrfach geändert und das Wohngeld an die Entwicklung der Einkommen und Wohnkosten angepasst worden. Strukturelle Maßnahmen haben 1984 zum Abbau von Vergünstigungen für Personengruppen, deren sozialer Bedarf bereits auf andere Weise gesichert ist, und zur Umstellung des Systems der pauschalen Abzüge vom Einkommen geführt. Seit 1986 werden die Höchstbeträge für Miete und Belastung statt nach der Gemeindegröße nach dem tatsächlichen örtlichen Mietenniveau der Wohngeldempfänger gestaffelt (Mietenstufen). Als familienpolitische Komponente wurden Freibeträge für Kinder und ein Freibetrag zur Förderung des Zusammenlebens mehrerer Generationen eingeführt. Seit 1990 werden Gemeinden und Kreise mit überdurchschnittlich hohem Mietenniveau (mindestens 25% über Bundesdurchschnitt) durch eine zusätzliche Mietenstufe berücksichtigt. Die Achte Wohngeldnovelle hat zum 01.10.1990 die Wohngeldleistungen durch Anhebung der Höchstbeträge für Miete und Belastung und der Beträge in den Wohngeldtabellen allgemein verbessert. Zugleich wurde für Empfänger von laufenden Leistungen der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge das pauschalierte Wohngeld mit Wirkung vom 01.04.1991 (in den neuen Bundesländern zum 01.01.1991) eingeführt. Außerdem galt ab 01.01.1992 eine neue Baualtersklasse (Bezugsfertigkeit ab 01.01.1992),

um den höheren Mieten in Neubauten angemessen Rechnung zu tragen.

5 Die zum 01.01.2001 in Kraft getretene Wohngeld-Leistungsnovelle beinhaltete insbesondere familienfreundliche Leistungsverbesserungen, eine weitgehende Vereinheitlichung des Rechts in den alten und neuen Ländern, die Angleichung der Einkommensermittlung an das Wohnungsbaurecht und die Vorbereitungen zu einer erstmalig gesamtdeutschen Mietenstufenzuordnung.

Für die neuen Bundesländer galt noch die gesonderte Miethöchstbetragstabelle fort. Daneben wurde unter bestimmten Voraussetzungen ein Härteausgleich gewährt, wenn sich das Wohngeld ab 01.01.2001 um mehr als 10,00 DM unter die Wohngeldleistung für den Monat Dezember 2000 verringerte. Diese „Härteausgleichsregelung“ endete am 31.12.2004.

Ab 01.01.2002 wurden die Gemeinden und Kreise der neuen Bundesländer dem bereits in den alten Ländern angewandten Mietenstufensystem zugeordnet, so dass bundeseinheitlich nur noch eine Höchstbetragstabelle für Miete und Belastung (Rdnr. 29) anzuwenden ist.

### Änderungen ab 01.01.2005

6 Das Wohngeldgesetz ist mit Wirkung vom 1. Januar 2005 erneut geändert worden. Von diesem Zeitpunkt an sind Empfänger der in § 1 Abs. 2 WoGG genannten Sozialleistungen und unter bestimmten Voraussetzungen auch mit ihnen lebende Personen vom Wohngeld ausgeschlossen, wenn bei der Berechnung der jeweiligen Leistung die Kosten der Unterkunft bereits berücksichtigt worden sind (Rdnr. 13).

Finanzielle Auswirkungen ergeben sich für diese Personenkreise nicht, denn bisher wurden diese Leistungen (soweit es sie bereits vor dem 01.01.2005 gab) um das gezahlte Wohngeld gekürzt. Das bedeutet, dass der Gesamtzahlbetrag in gleicher Höhe weitergeleistet wird, wenn nicht andere Änderungen (tatsächlicher oder rechtlicher Art) eingetreten sind. Der Vorteil dieser Rechtsänderung ist, dass eine doppelte Antragstellung und Bearbeitung sowie die bisherigen arbeitsaufwendigen Verrechnungen zwischen den Leistungsträgern künftig entfallen und somit erhebliche Verwaltungskosten eingespart werden.

Als Folge der Neuregelung entfällt das Wohngeld nach dem Fünften Teil des Wohngeldgesetzes (besonderer Mietzuschuss) vom gleichen Zeitpunkt an.

## Allgemeines

7 Seit seiner Einführung hat das Wohngeld eine immer größere Bedeutung als treffsicheres, auf die individuellen Verhältnisse ausgerichtetes Instrument der marktwirtschaftlichen Wohnungsversorgung erlangt. Es ist ein fester Bestandteil des Systems der sozialen Sicherung. Der überwiegende Anteil der Wohngeldempfänger, im Jahr 2004 rd. 93%, bezieht einen Mietzuschuss, der kleinere Teil erhält einen Lastenzuschuss. Der Anteil der Rentner und Pensionäre hat sich seit 1981 (62%) auf 26,9% in den alten Ländern und 21,8 20,3% in den neuen Ländern im Jahr 2004 verringert. Sie gehören zur Gruppe der Nichterwerbstätigen (ohne Arbeitslose), deren Anteil in den alten Ländern 42,0%, in den neuen Ländern 30,1% beträgt. In den alten Ländern waren im Jahr 2004 34,0%, in den neuen Ländern 51,9% der Wohngeldempfänger arbeitslos. Die übrigen Empfängerhaushalte sind Erwerbstätige (23,9% / 18,0%).

Die Mietbelastung wurde durch das Wohngeld im Jahr 2004 in den alten Ländern von 43,5% auf 29,3%, in den neuen Ländern von 40,0% auf 26,6% gesenkt. Das durchschnittliche Wohngeld betrug 2004 in der Bundesrepublik monatlich 110 Euro.

## Antragstellung, Berechnung und Bewilligung des Wohngeldes

### Arten des Wohngeldes

8 Das Wohngeldgesetz gleicht durch das Wohngeld, das steuerfrei ist, soziale Härten aus, soweit der Einsatz von öffentlichen Mitteln nicht zu tragbaren Mieten oder Belastungen führt. Wohngeld wird Mietern als Mietzuschuss und Eigentümern als Lastenzuschuss für einen bestimmten, in der Regel ein Jahr dauernden, Bewilligungszeitraum geleistet.

9 Wohngeld wird nur auf Antrag gewährt (Antragsprinzip). Nach Antragstellung besteht bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen ein gesetzlicher Anspruch auf Wohngeld.

### Personenkreis

Einen Mietzuschuss kann erhalten

- der Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers,
- der Inhaber einer Genossenschafts- oder einer Stiftswohnung,



- der Bewohner eines Heimes,
- der Inhaber eines mietähnlichen Dauerwohnrechts,
- der Eigentümer eines Mehrfamilienhauses (mit drei oder mehr Wohnungen) oder
- der Inhaber einer landwirtschaftlichen Vollerwerbsstelle, deren Wohnteil nicht vom Wirtschaftsteil getrennt ist.

Einen Lastenzuschuss kann erhalten

- der Eigentümer eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung,
- der Eigentümer einer Kleinsiedlung,
- der Eigentümer einer landwirtschaftlichen Nebenerwerbsstelle,
- der Eigentümer einer landwirtschaftlichen Vollerwerbsstelle, falls Wohn- und Wirtschaftsteil voneinander getrennt sind und für den Wohnteil eine Wohngeldlastenberechnung aufgestellt werden kann,
- der Inhaber eines eigentumsähnlichen Dauerwohnrechts und
- der Erbbauberechtigte und diejenigen, die Anspruch auf Übereignung des Gebäudes oder der Wohnung bzw. auf Übertragung oder Einräumung des Erbbaurechts haben.

Voraussetzung für den Lastenzuschuss ist, dass der Eigentümer (oder ein ihm Gleichgestellter) den Wohnraum bewohnt und die Belastung für diesen Wohnraum aufbringt.

Unerheblich für die Gewährung des Zuschusses ist, ob der Wohnraum in einem Altbau oder einem Neubau liegt oder ob er öffentlich gefördert, steuerlich begünstigt oder frei finanziert worden ist.

10 Ob und in welcher Höhe Wohngeld gezahlt wird, hängt von der Größe des Haushalts, vom Gesamteinkommen und von der Höhe der Miete oder Belastung ab. Leben in einem Haushalt sowohl vom Wohngeld ausgeschlossene (Rdnr. 13) als auch nicht ausgeschlossene Familienmitglieder (Mischhaushalt), werden bei der Wohngeldberechnung nur die Familienmitglieder berücksichtigt, die nicht vom Wohngeld ausgeschlossen sind. Sie werden als zum Haushalt rechnende Familienmitglieder bezeichnet.

### **Antragberechtigung (§ 3 WoGG)**

11 Antragberechtigt ist der Mieter oder der Eigentümer des selbst genutzten Wohnraums (Rdnr. 9). Kommen dafür mehrere Personen in Frage, ist der Haushaltsvorstand antragsberechtigt. Als Haushaltsvorstand gilt das Familienmitglied, das bei der Antragstellung den größten Teil der Unterhaltskosten für die zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder trägt. Die Regelungen über die Antragberechtigung gelten auch für vom Wohngeld ausgeschlossene Familienmitglieder, wenn noch andere, nicht vom Wohngeld ausgeschlossene Familienmitglieder im Haushalt leben (Rdnr. 13).

### **Größe des Haushalts (§ 4 WoGG)**

12 Familienmitglieder sind der Antragberechtigte und seine Angehörigen, nämlich der Ehegatte, Verwandte und Verschwägerter in gerader Linie, 2. und 3. Grades in der Seitenlinie, Pflegekinder und Pflegeeltern. Sie müssen mit dem Antragsteller eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft führen, d. h. sie müssen gemeinsam wohnen und sich ganz oder teilweise gemeinsam mit dem täglichen Lebensbedarf versorgen. Den wohngeldrechtlichen Haushalt bilden die Familienmitglieder, die nicht vom Wohngeld ausgeschlossen sind.

13 Vom Wohngeld ausgeschlossen sind nach § 1 Abs. 2 Satz 1 WoGG die Empfänger

- des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem SGB II,
- des Übergangsgeldes in Höhe des Arbeitslosengeldes II nach § 21 Abs. 4 Satz 1 SGB VI,
- des Verletztengeldes in Höhe des Arbeitslosengeldes II nach § 47 Abs. 2 SGB VIII,
- der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII,
- der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII,
- der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt,
- anderer Hilfen in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung, wenn sie die Kosten für den Lebensunterhalt einschließen, nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt,

- der Leistungen in besonderen Fällen und Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und
- der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII in Haushalten, zu denen ausschließlich Empfänger dieser Leistungen gehören,

wenn bei der Berechnung der jeweiligen Leistung die Kosten der Unterkunft ganz oder teilweise berücksichtigt wurden.

Die Ausschlussregelungen gelten auch für die im Haushalt des Empfängers lebenden Angehörigen, die bei der Berechnung der betreffenden Leistung (im Rahmen der Bedarfsermittlung oder bei der Berechnung der Leistungshöhe) berücksichtigt wurden.

Der Ausschluss vom Wohngeld kommt bereits dann zum Tragen, wenn eine der genannten Leistungen beantragt wird.

Leben Angehörige im Haushalt, die nicht von der Ausschlussregelung erfasst werden, kann für den „Resthaushalt“ Wohngeld beantragt werden. Die Regelungen des Wohngeldgesetzes zur Antragsberechtigung haben sich nicht verändert (Rdnr. 11). Wenn also z. B. ein Mieter durch Empfang des Arbeitslosengeldes II vom Wohngeld ausgeschlossen ist, sein in der Wohnung lebender volljähriger Sohn aber nicht in die Bedarfsermittlung einbezogen ist, kann der Mieter Wohngeld beantragen. Das Wohngeld wird dann nur mit den Einnahmen des Sohnes und der hälftigen Miete berechnet und an den Mieter ausgezahlt. Bei der Berechnung anderer Sozialleistungen gilt es aber nicht als dessen Einnahme und kürzt somit nicht das Arbeitslosengeld II.

### Gesamteinkommen (§ 9 WoGG)

14 Das anzurechnende Gesamteinkommen setzt sich zusammen aus der Summe der Jahreseinkommen aller zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder (Rdnr. 12) abzüglich bestimmter Abzug- und Freibeträge. Die Höhe der Einkommen ist nachzuweisen. Das Kindergeld bleibt bei der Einkommensermittlung ohne Berücksichtigung.

### Jahreseinkommen (§§ 10 und 11 WoGG)

15 Die wohngeldrechtliche Einkommensermittlung geht seit 01. Januar 2001 vom steuerrechtlichen Einkommensbegriff aus. Maßgebend sind die steuer-

pflichtigen positiven Einkünfte im Sinn des § 2 Abs. 1, 2 und 5a Einkommensteuergesetz (EStG), ergänzt um bestimmte (im Wohngeldgesetz genannte) zu berücksichtigende steuerfreie Einnahmen.

16 Als Jahreseinkommen ist das Einkommen zu Grunde zu legen, das zum Zeitpunkt der Antragstellung im Bewilligungszeitraum zu erwarten ist. Hierzu kann auch von dem Einkommen ausgegangen werden, das innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung erzielt worden ist. Ist eine entsprechende Prognose nicht möglich, ist das Einkommen der letzten zwölf Monate unverändert zu Grunde zu legen.

17 Das Jahreseinkommen wird für jedes zum Haushalt rechnende Familienmitglied gesondert ermittelt und besteht aus der Summe der positiven Einkünfte nach § 2 Abs. 1, 2 und 5a EStG (Rdnr. 15).

Einkünfte sind bei den Einkunftsarten

- Land- und Forstwirtschaft
- Gewerbebetrieb
- Selbständige Arbeit

der Gewinn

und bei den Einkunftsarten

- Nichtselbstständige Arbeit
- Kapitalvermögen
- Vermietung und Verpachtung
- Sonstige Einkünfte im Sinn des § 22 EStG

der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

Eine Verringerung der positiven Einkünfte durch Ausgleich mit negativen Einkünften aus anderen Einkunftsarten ist nicht zulässig, auch nicht im Rahmen der steuerrechtlichen Zusammenveranlagung von Ehegatten.

Zusätzlich zu den steuerpflichtigen positiven Einkünften sind die im Wohngeldgesetz ausdrücklich aufgeführten steuerfreien Einnahmen (abzüglich der Aufwendungen zum Erwerb, zur Sicherung und zur Erhaltung dieser Einnahmen) dem Jahreseinkommen der einzelnen Familienmitglieder hinzuzurechnen, da sie dem jeweiligen Haushalt zur Lebensführung zur Verfügung stehen (Rdnr. 15).

### **Pauschale Abzugsbeträge (§ 12 WoGG)**

18 Von dem ermittelten Jahreseinkommen sind folgende Beträge absetzbar:

- Der pauschale Abzug beträgt mindestens 6%.  
Wer z. B. nur Arbeitslosengeld bezieht, kann lediglich diese Grundpauschale absetzen.

Der pauschale Abzug erhöht sich auf

- 10% bei Familienmitgliedern, die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Steuern vom Einkommen entrichten,
- 20% bei Familienmitgliedern, die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichten,

oder

- die Steuern vom Einkommen entrichten und zusätzliche Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder zur gesetzlichen Rentenversicherung leisten,
- 30% bei Familienmitgliedern, die Steuern vom Einkommen sowie Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen.

19 Den Pflichtbeiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur gesetzlichen Rentenversicherung sind laufende Beiträge mit entsprechender Zweckbestimmung gleichgestellt. Dies sind z. B. freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung, Beiträge zu privaten Krankenversicherungen oder unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge für Lebensversicherungen, soweit sie von einem Familienmitglied für sich oder ein zum Haushalt rechnendes Familienmitglied entrichtet werden. Die Beiträge dürfen nur in der tatsächlich geleisteten Höhe, höchstens bis zu 10% des ermittelten Einkommens abgezogen werden. Sie dürfen nicht abgezogen werden, wenn eine im Wesentlichen beitragsfreie Sicherung (wie z. B. bei Beamten) oder eine Sicherung, für die Beiträge von einem Dritten geleistet werden, besteht.

### **Frei- und Abzugsbeträge (§ 13 WoGG)**

20 Von der sich aus den einzelnen Jahreseinkommen der Familienmitglieder ergebenden Summe der Jah-

reseinkommen können insbesondere noch folgende Freibeträge abgezogen werden:

- Freibetrag von 125 Euro monatlich für jeden schwer behinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung von 100 oder von wenigstens 80, wenn derjenige häuslich pflegebedürftig im Sinn des § 14 SGB XI ist,
- Freibetrag von 100 Euro monatlich für jeden schwer behinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung von unter 80, wenn derjenige häuslich pflegebedürftig im Sinn des § 14 SGB XI ist,
- Freibetrag von 50 Euro monatlich für jedes Kind unter 12 Jahren, wenn der Antragsteller allein mit seinen Kindern zusammen wohnt und wegen Erwerbstätigkeit oder Ausbildung nicht nur kurzfristig vom Haushalt abwesend ist.
- Freibetrag von bis zu 50 Euro monatlich für jedes Kind mit eigenem Einkommen vom vollendeten 16. bis vor vollendetem 25. Lebensjahr,
- Freibetrag in Höhe der Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltsverpflichtungen bis zu dem in einer notariell beurkundeten Unterhaltsvereinbarung festgelegten oder in einem Unterhaltstitel oder Bescheid festgestellten Betrag, ansonsten die im Wohngeldgesetz genannten Pauschalbeträge.

Die dem Wohngeldgesetz angefügten Tabellen für 1- bis 5-Personen-Haushalte enthalten neben der Miete und Belastung auch Beträge für das monatliche Einkommen. Wird der jeweils höchste Betrag der Tabellen durch das anrechenbare Einkommen überschritten, besteht kein Anspruch auf Wohngeld. Die für die jeweiligen Haushaltsgrößen geltenden Beträge zeigt die Übersicht in Rdnr. 21, die Beträge für Haushalte mit mehr als 5 Personen ergeben sich aus der Anwendung der Wohngeldformel, die im Wohngeldgesetz genannt ist (§ 2 Abs. 1 WoGG). Werden die betreffenden Beträge nicht überschritten, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Wohngeld; ob sich aber ein Wohngeldzahlbetrag ergibt, hängt von der Höhe der Miete oder Belastung ab.

21 Die nachfolgende Übersicht zeigt die sich nach der Haushaltsgröße ergebenden Beträge des monatlichen Gesamteinkommens, bei deren Überschreitung kein Wohngeldanspruch mehr besteht. Diese Einkommensgrenzen gelten für die ab 01.01.1992 bezugs-

fertig gewordenen Wohnungen in Gemeinden der Mietenstufe 6 (Rdnr. 29, rechte Spalte der Höchstbetragstabelle). Bei Gemeinden der Mietenstufen 1 bis 5 oder für ältere Wohnungen ergeben sich niedrigere Grenzen des Gesamteinkommens. Daneben sind die Beträge des Bruttoeinkommens zu finden, die vor dem jeweils vorzunehmenden pauschalen Abzug annähernd den Grenzen des Gesamteinkommens entsprechen.

Wenn absetzbare Beträge geltend gemacht werden können, wie z. B. Werbungskosten oder Freibeträge, können die in der Übersicht genannten Bruttoeinkommen entsprechend höher sein, ohne dass dadurch die Grenze des jeweiligen Gesamteinkommens überschritten wird.

Zahl der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder	Grenze für das monatliche Gesamteinkommen	Entsprechendes monatliches Bruttoeinkommen (ohne Kindergeld) bei einem Verdienervor einem pauschalen Abzug				
		Euro	von			
			6 %	10 %	20 %	30 %
1	830	882	922	1037	1185	
2	1140	1212	1266	1425	1628	
3	1390	1478	1544	1737	1985	
4	1830	1946	2033	2287	2614	
5	2100	2234	2333	2625	2999	
6	2370	2521	2633	2962	3385	
7	2630	2797	2922	3287	3757	
8	2900	3085	3222	3625	4142	

Ein grundsätzlicher Anspruch auf Wohngeld besteht nur, wenn das Gesamteinkommen unter dem jeweiligen Betrag der Tabelle bleibt, der sich nach der Zahl der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder richtet. Ob Wohngeld geleistet werden kann, hängt von der Höhe der zu berücksichtigenden Miete oder Belastung ab.

### Miete und Belastung (§§ 7-9 WoGG)

22 Das Wohngeld hängt nicht nur von der Höhe des Gesamteinkommens und von der Zahl der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder ab, sondern richtet sich auch nach der Höhe der zu berücksichtigenden Miete oder Belastung.

Miete ist das Entgelt für die Gebrauchsüberlassung von Wohnraum aufgrund von Mietverträgen, Untermietverträgen oder ähnlichen Nutzungsvereinbarungen.

Unter Belastung bei Eigentümern von Eigenheimen, Eigentumswohnungen und anderen Eigentumsformen versteht man die Aufwendungen für den Kapitaldienst und für die Bewirtschaftung des Eigentums. Sie ist in einer besonderen Wohngeldlasten-Berechnung zu ermitteln.

23 Zur Miete gehören auch die „kalten“ Betriebskosten, wie z. B. die Kosten des Wasserverbrauchs, der Abwasser- und Müllbeseitigung und der Treppenbeleuchtung. Diese Kosten können der Miete auch dann zugeschlagen werden, wenn sie aufgrund des Mietvertrages oder einer ähnlichen Nutzungsvereinbarung nicht an den Vermieter, sondern direkt an einen Dritten (z. B. die Gemeinde) bezahlt werden.

24 Nicht zur Miete gehören die Kosten des Betriebs zentraler Heizungs- und Warmwasserversorgungsanlagen, zentraler Brennstoffversorgungsanlagen sowie die vergleichbaren Kosten für die Fernheizung, Untermietzuschläge des Mieters an den Vermieter, Vergütungen für die Überlassung von Möbeln, Külschränken und Waschmaschinen und Zuschläge für die Benutzung von Wohnraum zu anderen als Wohnzwecken. Zur Miete gehören auch nicht die anteilige Miete für Wohnraum, der ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt wird, Vergütungen für die Überlassung einer Garage, eines Stellplatzes oder eines Hausgartens und die anteiligen Aufwendungen für Wohnraum, der von Personen mitbewohnt wird, die weder Familienmitglieder noch antragberechtigt sind. Auch die anteilige Miete für Wohnraum, der ausschließlich einem anderen unentgeltlich oder entgeltlich zum Gebrauch überlassen wird (z. B. bei Untervermietung) gehört nicht zur Miete. Übersteigt allerdings das Entgelt für diese Gebrauchsüberlassung die auf den Wohnraum anteilig entfallende Miete, so wird es in voller Höhe von der Miete abgezogen. Auch Beiträge Dritter zur Bezahlung der Miete müssen abgesetzt werden und verringern somit die bei der Berechnung des Wohngeldes zu berücksichtigende Miete.

25 Für eine Wohnung im eigenen Mehrfamilienhaus oder vergleichbaren Wohnraum, z. B. in einem Geschäftshaus, ist anstelle der Miete der Mietwert des Wohnraums zugrunde zu legen. Das ist jener Betrag, der einer Miete für vergleichbaren Wohnraum entspricht. Ist ein solcher Vergleich nicht möglich, so wird der Mietwert durch die Wohngeldstellen geschätzt.

26 Zur Belastung gehören Ausgaben für den Kapitaldienst (Zinsen, Tilgung usw.) und für solche Fremdmittel, die dem Bau, der Verbesserung oder dem Erwerb des Eigentums gedient haben. Außerdem werden Instandhaltungskosten und Betriebskosten in einer bestimmten Höhe sowie Grundsteuer und zu entrichtende Verwaltungskosten berücksichtigt.

27 Nicht berücksichtigt werden dagegen die anteiligen Aufwendungen für Wohnraum, der ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt wird, und die anteiligen Aufwendungen für Wohnraum, der ausschließlich einem anderen unentgeltlich oder entgeltlich zum Gebrauch überlassen wird. Übersteigt das Entgelt für diese Gebrauchsüberlassung die auf den Wohnraum anteilig entfallende Belastung, so wird es in voller Höhe von der Belastung abgezogen. Abgerechnet werden ferner Beiträge Dritter zur Aufbringung der Belastung, wie z. B. Aufwendungszuschüsse im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus.

**Höchstbeträge für Miete und Belastung (§ 8 Abs. 1 WoGG)**

28 Wohngeld wird nicht für unangemessen hohe Wohnkosten gewährt. Nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen ist die Miete oder die Belastung zuschussfähig. Die Höchstbeträge richten sich nach dem örtlichen Mietenniveau. Jede Gemeinde gehört entsprechend ihrem Mietenniveau einer bestimmten Mietenstufe an. Zum 01.01.2001 erfolgte für alle Gemeinden in den alten Bundesländern eine neue Festlegung der Mietenstufen im Rahmen einer Novellierung der Wohngeldverordnung. Ab 01.01.2002 erfolgte eine bundesweite Neufestlegung der Mietenstufen der Gemeinden, in die erstmals auch die neuen Bundesländer einbezogen worden sind. Von diesem Zeitpunkt an werden die wohngeldrechtlichen Bestimmungen grundsätzlich bundesweit einheitlich angewandt.

29 Die Höchstbeträge können aus der nachstehenden Tabelle abgelesen werden:

**Höchstbeträge für Miete und Belastung**

für Wohnraum, der bezugsfertig geworden ist bis zum 31.12.1965					
bei einem Haushalt mit ab 1.1.1992	in Gemeinden mit Mieten der Stufe	sonst. Wohnraum	Wohnraum mit Sammelheizung und mit Bad oder Duschräum	ab 1.1.1966 bis zum 31.12.1991	
					Euro
einem Alleinstehenden	I	160	200	215	265
	II	170	210	230	280
	III	180	225	245	300
	IV	195	245	265	325
	V	210	260	285	350
	VI	225	280	305	370
zwei Familienmitgliedern	I	215	265	290	320
	II	225	285	310	345
	III	240	300	330	365
	IV	260	325	355	395
	V	280	350	380	425
	VI	300	375	405	455

drei Familienmitgliedern	I	255	320	345	385
	II	270	340	365	410
	III	290	360	390	435
	IV	310	390	420	470
	V	335	420	455	505
	VI	360	445	485	540
vier Familienmitgliedern	I	295	370	400	445
	II	315	395	425	475
	III	335	420	455	505
	IV	360	455	490	545
	V	390	485	525	590
	VI	415	520	565	630
fünf Familienmitgliedern	I	335	420	455	510
	II	360	450	485	545
	III	380	480	520	580
	IV	415	515	560	625
	V	445	555	600	670
	VI	475	595	640	715
Mehrbetrag für jedes weitere Familienmitglied	I	40	50	55	60
	II	45	55	60	65
	III	45	60	65	70
	IV	50	65	70	75
	V	55	70	75	80
	VI	60	75	80	90

**Mietenstufen der Gemeinden (§ 8 Abs. 2 - 5 WoGG)**

30 Die Höchstbeträge, bis zu denen Mieten oder Belastungen durch Wohngeld bezuschusst werden können, sind nach dem regionalen Mietenniveau gestaffelt. Welcher Mietenstufe jede Gemeinde angehört, ergibt sich aus der Anlage zur Wohngeldverordnung, in der die Gemeinden getrennt nach Bundesländern alphabetisch aufgeführt sind. Das Mietenniveau der Gemeinden wird an Hand der Mieten der Wohngeldempfänger festgestellt. Die durchschnittlichen Mieten pro Quadratmeter einer Gemeinde werden den durchschnittlichen Mieten pro Quadratmeter der gesamten Bundesrepublik gegenübergestellt. Je nach Über- oder Unterschreitung des Gesamtmietenniveaus werden die Gemeinden den Mietenstufen zugeordnet. Die Neuordnung der Gemeinden zu den Mietenstufen wird nur nach einer Anpassung der Höchstbeträge für Miete und Belastung vorgenommen.

**3/ Beispiel a:**

Ein Alleinstehender bewohnt eine Wohnung mit Sammelheizung und Bad, die 1966 bezugsfertig geworden ist; er zahlt eine monatliche Miete von 200 Euro. Die Wohnung liegt in einer Gemeinde, die der Mietenstufe 3 angehört. Der Höchstbetrag für die zuschussfähige Miete liegt bei 245 Euro und damit über der von ihm zu zahlenden monatlichen Miete. Bei der Wohngeldgewährung wird daher nur die tatsächlich zu zahlende Miete von 200 Euro berücksichtigt.

### Beispiel b:

Für eine gleichartige Wohnung im selben Ort beträgt die Miete 270 Euro im Monat. In diesem Fall wird bei der Wohngeldgewährung nur der Höchstbetrag für die zuschussfähige Miete, nämlich 245 Euro berücksichtigt.

## Höhe des Wohngeldes (§ 2 WoGG)

32 Wenn die zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder, die Höhe des Gesamteinkommens und die Höhe der zuschussfähigen Miete bzw. Belastung ermittelt sind, kann die Höhe des zu gewährenden Wohngeldes aus einem umfangreichen Tabellenwerk abgelesen werden. Auf diesen vorstehend genannten drei Merkmalen sind die Tabellen des Wohngeldgesetzes aufgebaut. Wohngeld stellt immer nur einen Zuschuss zur Miete oder zur Belastung dar. Ein Teil der Aufwendungen für den Wohnraum muss in jedem Fall vom Antragsteller und von den zum Haushalt rechnenden Familienmitgliedern selbst getragen werden.

33 Beispiele für die Ermittlung des Wohngeldes

### Beispiel 1: Alleinstehender

Einkommen: Arbeitslosengeld, keine Eigenbeteiligung an der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, keine Steuern

Wohnung: Mietwohnung, bezugsfertig 1985

Wohnort: Stadt der Mietenstufe IV

Monatliches Arbeitslosengeld 625,00 Euro

./. pauschaler Abzug (6%) 37,50 Euro

monatliches Gesamteinkommen 587,50 Euro

zu bezahlende monatliche Bruttokaltmiete 255,00 Euro

zuschussfähige monatliche Miete 255,00 Euro (höchstens 265,00 Euro)

Mietzuschuss monatlich 68,00 Euro

Der Mietzuschuss von 68,00 Euro ergibt sich aus der Wohngeldtabelle für Alleinstehende bei einem zu berücksichtigenden monatlichen Gesamteinkommen von mehr als 580,00 bis 590,00 Euro und einer zuschussfähigen Miete von mehr als 250,00 bis 260,00 Euro.

### Beispiel 2: Zweipersonenhaushalt

Einkommen: Renten, keine Steuern, Eigenbeteiligung an der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, Ehemann schwerbehindert (GdB 100)

Wohnung: Mietwohnung, bezugsfertig 1978

Wohnort: Stadt der Mietenstufe 5

	des Ehemannes	der Ehefrau
Monatliche Bruttorente	700,00 Euro	320,00 Euro
./. Werbungskostenpauschale		
Ertragsanteil Rente	8,50 Euro	8,50 Euro
	691,50 Euro	311,50 Euro
./. pauschaler Abzug (10%/ 10%)	69,15 Euro	31,15 Euro
	622,35 Euro	280,35 Euro

Summe der Einkommen 902,70 Euro

./. 1 Schwerbehindertenfreibetrag bei einem Grad der Behinderung von 100 125,00 Euro

monatliches Gesamteinkommen 777,70 Euro

zu bezahlende monatliche Bruttokaltmiete 375,00 Euro

zuschussfähige monatliche Miete 375,00 Euro (höchstens 380,00 Euro)

Mietzuschuss monatlich 125,00 Euro

Der Mietzuschuss von 125,00 Euro ergibt sich aus der Wohngeldtabelle für 2 Familienmitglieder bei einem zu berücksichtigenden monatlichen Gesamteinkommen von mehr als 770,00 bis 780,00 Euro und einer zuschussfähigen Miete von mehr als 370,00 bis 380,00 Euro.

### Beispiel 3: Dreipersonenhaushalt

(Alleinerziehender Elternteil mit 2 Kindern unter 12 Jahren)

Einkommen: Der Elternteil ist Arbeitnehmer, entrichtet Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung, keine Steuern, erhält Unterhalt für die Kinder

Wohnung: Mietwohnung, bezugsfertig 1979

Wohnort: Gemeinde der Mietenstufe 1

	des Elternteils	Unterhalt für die Kinder
Brutto-Monatseinkommen (ohne Kindergeld)	800,00 Euro	300,00 Euro
./. Werbungskostenpauschale	87,00 Euro	--
	713,00 Euro	300,00 Euro



./ pauschaler Abzug (20% / 6%)	142,60 Euro	18,00 Euro
	570,40 Euro	282,00 Euro
Summe der Einkommen	852,40 Euro	
./ 2 Alleinerziehendenfreibeträge	100,00 Euro	
monatliches Gesamteinkommen	752,40 Euro	
zu bezahlende monatliche Bruttokaltmiete	340,00 Euro	
zuschussfähige monatliche Miete (höchstens 345,00 Euro)	340,00 Euro	
Mietzuschuss monatlich	144,00 Euro	

Der Mietzuschuss von 144,00 Euro ergibt sich aus der Wohngeldtabelle für 3 Familienmitglieder bei einem zu berücksichtigenden monatlichen Gesamteinkommen von mehr als 750,00 bis 760,00 Euro und einer zuschussfähigen Miete von mehr als 330,00 bis 340,00 Euro.

**Beispiel 4: Vierpersonenhaushalt**  
(Ehepaar mit 2 Kindern)

**Einkommen:** Beide Eheleute sind Arbeitnehmer, beide entrichten Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung, nur der Ehemann zahlt Steuern vom Einkommen

**Wohnung:** Mietwohnung, bezugsfertig 1965, ausgestattet mit Sammelheizung und Bad

**Wohnort:** Stadt der Mietenstufe 3

	des Ehemannes	der Ehefrau
Brutto-Monatseinkommen (ohne Kindergeld)	1400,00 Euro	400,00 Euro
./ Werbungskostenpauschale	87,00 Euro	87,00 Euro
	1313,00 Euro	313,00 Euro
./ pauschaler Abzug (30% / 20%)	393,90 Euro	62,60 Euro
	919,10 Euro	250,40 Euro
monatliches Gesamteinkommen	1169,50 Euro	
zu bezahlende monatliche Bruttokaltmiete	415,00 Euro	
zuschussfähige monatliche Miete (höchstens 420,00 Euro)	415,00 Euro	
Mietzuschuss monatlich	138,00 Euro	

Der Mietzuschuss von 138,00 Euro ergibt sich aus der Wohngeldtabelle für 4 Familienmitglieder bei einem zu berücksichtigenden monatlichen Gesamteinkommen von mehr als 1.160,00 bis 1.170,00 Euro und einer zuschussfähigen Miete von mehr als 410,00 bis 420,00 Euro.

**Bewilligung und Auszahlung des Wohngeldes (§§ 26 - 28 WoGG)**

34 Wohngeld wird grundsätzlich vom Beginn des Monats an gezahlt, in welchem der Antrag bei der Wohngeldstelle eingegangen ist. Der Regelbewilligungszeitraum beträgt 12 Monate, der jedoch über- oder unterschritten werden kann. Das Wohngeld wird in der Regel an den Antragberechtigten monatlich im Voraus gezahlt. Ein Mietzuschuss kann unter bestimmten Voraussetzungen auch an den Empfänger der Miete oder ein anderes zum Haushalt rechnendes Familienmitglied gezahlt werden.

35 Für zurückliegende Zeiträume wird Wohngeld grundsätzlich nicht gezahlt. Der Zeitpunkt der Antragstellung und der Gewährung des Wohngeldes kann in einigen Ausnahmefällen voneinander abweichen:

Erhöhen sich z. B. rückwirkend die zuschussfähigen Wohnkosten um mehr als 15% und haben die zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder die Erhöhung nicht zu vertreten, so kann das Wohngeld noch innerhalb von drei Monaten nach Kenntnis der Wohnkostenerhöhung rückwirkend beantragt werden.

Wohngeld kann in bestimmten Fällen auch für einen zukünftigen Zeitpunkt beantragt werden, z. B. vor Bezugsfertigkeit der neuen Wohnung oder des Eigenheims; allerdings wird das Wohngeld frühestens vom Beginn des Monats an gewährt, in dem der Wohnraum bezogen wird.

Wird ein Haushalt vom Wohngeld ausgeschlossen, weil eine im § 1 Abs. 2 Satz 1 WoGG genannte Leistung beantragt wurde (Rdnr. 13), und wird dieser Antrag später abgelehnt, kann Wohngeld bis zum Ende des nächsten Kalendermonats nach Erhalt des Ablehnungsbescheides rückwirkend beantragt werden.

36 Grundsätzlich bleibt das Wohngeld während des laufenden Bewilligungszeitraums unverändert. Doch ist innerhalb des Bewilligungszeitraumes eine Erhöhung des Wohngeldes auf Antrag möglich, wenn sich die Zahl der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder erhöht (z. B. durch Geburt eines Kindes), die zu berücksichtigende Miete oder Belastung um mehr als 15% gestiegen ist oder sich das Gesamteinkommen um mehr als 15% verringert hat und dies zu einer Erhöhung des Wohngeldes führt.

37 In Fällen, in denen sich das Einkommen im laufenden Bewilligungszeitraum um mehr als 15%

erhöht oder sich die zu berücksichtigende Miete oder Belastung um mehr als 15% gesenkt hat, wird – u. U. auch rückwirkend – über das Wohngeld von Amts wegen neu entschieden, wenn die Berechnung ergibt, dass es sich verringert oder wegfällt. Der Wohngeldempfänger ist verpflichtet, solche Einkommenserhöhungen oder Miet- oder Belastungssenkungen der Wohngeldstelle mitzuteilen. Eine Meldepflicht besteht auch dann, wenn die Wohnung von keinem der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder mehr genutzt wird.

### **Wegfall des Wohngeldanspruchs (§ 30 WoGG)**

38 Wohngeld wird grundsätzlich bis zum Ende des im Bescheid genannten Bewilligungszeitraums geleistet. Ziehen alle zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder aus, endet die Wohngeldberechtigung von diesem Zeitpunkt an. Den Auszug hat der Wohngeldberechtigte mitzuteilen. Verbleiben nach einem Auszug oder beim Tod eines Familienangehörigen andere bei der Wohngeldberechnung berücksichtigte Personen in den Wohnräumen, wird das Wohngeld unverändert bis zum Ende des Bewilligungszeitraums weitergezahlt.

Wird das geleistete Wohngeld nicht für die Bezahlung der Miete oder Belastung verwendet, entfällt der Anspruch ebenfalls. Ggf. kann die Wohngeldstelle das Wohngeld auch direkt an den Vermieter überweisen.

Beantragt oder erhält ein bei der Berechnung des Wohngeldes berücksichtigtes Familienmitglied eine der im § 1 Abs. 2 Satz 1 WoGG genannten Transferleistungen (Rdnr. 13), wird der Wohngeldbewilligungsbescheid unwirksam und der Wohngeldanspruch entfällt für den gesamten Haushalt. Innerhalb des nächsten Kalendermonats kann ein neuer Wohngeldantrag für die nicht ausgeschlossenen Familienmitglieder gestellt werden, damit das neu berechnete Wohngeld lückenlos weitergeleistet werden kann.

### **Zuständige Stellen (§ 23 Abs. 1 WoGG)**

39 Die für das Wohngeld zuständigen Stellen werden nach Landesrecht oder von den Landesregierungen bestimmt. Im Allgemeinen sind dies die Gemeinde-, Stadt-, Amts- oder Kreisverwaltungen.

### **Finanzierung (§ 34 WoGG)**

40 Das Wohngeld wird vom Bund und von den Ländern getragen; Wohngeld, das von einem Land gezahlt worden ist, wird ihm vom Bund zur Hälfte erstattet. Von der jedem Land verbleibenden Hälfte erstattet der Bund noch jedes Jahr einen Festbetrag von 409 Mio. Euro, der nach einem gesetzlich festgelegten Modus auf die Länder verteilt wird.

### **Beratung und Auskunft**

41 Die Mitarbeiter der Wohngeldstellen sind verpflichtet, die Berechtigten über alle Rechte und Pflichten nach dem Wohngeldgesetz aufzuklären, zu beraten und Auskünfte zu erteilen (§§ 13-15 SGB I), soweit diese Aufgaben nicht von anderen Stellen wahrgenommen werden.

### **Rechtsschutz**

42 Die Möglichkeit von Rechtsmitteln gegen den Wohngeldbescheid richtet nach den länderspezifischen Regelungen. Hierzu sind die Hinweise in der Rechtsbehelfsbelehrung des Bescheides zu beachten. In den meisten Ländern kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der Behörde eingelegt werden, die den Wohngeldbescheid erlassen hat. Das Widerspruchsverfahren ist, im Gegensatz zu der danach möglichen Klage vor dem Verwaltungsgericht, kostenfrei. Es gelten die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung.

**Auszug aus dem Tabellenwerk**

(weitere Tabellen im Internet unter [www.bmvbs.de](http://www.bmvbs.de))

## Wohngeld für ein zum Haushalt rechnendes Familienmitglied

### Bei einem zum Haushalt rechnenden Familienmitglied beträgt das Wohngeld monatlich

bei dem zwölften Teil des Gesamt- einkommens (§ 9 Abs. 2) von mehr als bis	bei einer zu berücksichtigenden Miete																	
	20 bis 25	25 bis 30	30 bis 35	35 bis 40	40 bis 45	45 bis 50	50 bis 60	60 bis 70	70 bis 80	80 bis 90	90 bis 100	100 bis 110	110 bis 120	120 bis 130	130 bis 140	140 bis 150	150 bis 160	160 bis 170
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Euro</b>																		
0 - 120	11	16	21	25	30	34	41	50	59	68	77	86	95	104	113	122	131	140
120 - 130	11	15	20	24	29	33	40	49	58	67	76	85	94	103	112	121	130	139
130 - 140	10	14	19	23	28	32	39	48	57	66	75	84	92	101	110	119	128	137
140 - 150		13	18	22	27	31	38	46	55	64	73	82	91	100	108	117	126	135
150 - 160		12	17	21	25	30	36	45	54	63	71	80	89	98	106	115	124	133
160 - 170		11	15	20	24	28	35	44	52	61	70	78	87	96	104	113	122	130
170 - 180		10	14	18	23	27	34	42	51	59	68	77	85	94	102	111	120	128
180 - 190			13	17	21	26	32	41	49	58	66	75	83	92	100	109	117	126
190 - 200			12	16	20	24	31	39	48	56	65	73	81	90	98	107	115	124
200 - 210			10	15	19	23	29	38	46	54	63	71	79	88	96	105	113	121
210 - 220				13	17	22	28	36	44	53	61	69	78	86	94	102	111	119
220 - 230				12	16	20	26	35	43	51	59	67	76	84	92	100	108	117
230 - 240				11	15	19	25	33	41	49	57	66	74	82	90	98	106	114
240 - 250					13	17	23	31	39	48	56	64	72	80	88	96	104	112
250 - 260					12	16	22	30	38	46	54	62	70	78	86	94	102	110
260 - 270					10	14	20	28	36	44	52	60	68	76	83	91	99	107
270 - 280						13	19	27	34	42	50	58	66	73	81	89	97	105
280 - 290						11	17	25	33	40	48	56	64	71	79	87	94	102
290 - 300						10	16	23	31	39	46	54	61	69	77	84	92	100
300 - 310							14	22	29	37	44	52	59	67	75	82	90	97
310 - 320							12	20	27	35	42	50	57	65	72	80	87	95
320 - 330							11	18	26	33	40	48	55	63	70	77	85	92
330 - 340								16	24	31	38	46	53	60	68	75	82	90
340 - 350								15	22	29	36	44	51	58	65	73	80	87
350 - 360								13	20	27	34	41	49	56	63	70	77	85
360 - 370								11	18	25	32	39	46	54	61	68	75	82
370 - 380								16	23	30	37	44	51	58	65	72	79	86
380 - 390								14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84
390 - 400								12	19	26	33	40	47	53	60	67	74	81
400 - 410								10	17	24	31	37	44	51	58	65	71	78
410 - 420									15	22	28	35	42	49	55	62	69	76
420 - 430									13	20	26	33	39	46	53	59	66	73
430 - 440									11	17	24	31	37	44	50	57	63	70
440 - 450										15	22	28	35	41	48	54	60	67
450 - 460										13	19	26	32	39	45	51	58	65
460 - 470										16	23	30	37	44	51	58	65	72
470 - 480										14	21	28	35	42	49	56	63	70
480 - 490										12	19	26	33	40	47	53	60	67
490 - 500										10	17	24	31	37	44	51	58	65
500 - 510											15	22	28	35	42	49	55	62
510 - 520											13	20	26	33	39	46	53	59
520 - 530											11	17	24	31	37	44	50	57
530 - 540												15	22	28	35	41	48	54
540 - 550												13	19	26	32	39	45	51
550 - 560												11	17	23	30	36	42	49
560 - 570													15	21	27	33	40	46
570 - 580													12	19	25	31	37	43
580 - 590													10	16	22	28	34	40
590 - 600														14	20	26	32	38
600 - 610															17	23	29	35
610 - 620															11	17	23	29
620 - 630																20	26	32
630 - 640																18	23	29
640 - 650																15	21	26
650 - 660																12	18	23
660 - 670																10	15	21
670 - 680																	12	18
680 - 690																		15
690 - 700																		12
700 - 710																		15
710 - 720																		17
720 - 730																		14
730 - 740																		11
740 - 750																		
750 - 760																		
760 - 770																		
770 - 780																		
780 - 790																		
790 - 800																		
800 - 810																		
810 - 820																		
820 - 830																		

oder Belastung (§ 7) von monatlich mehr als ... Euro																																					
170 bis 180	180 bis 190	190 bis 200	200 bis 210	210 bis 220	220 bis 230	230 bis 240	240 bis 250	250 bis 260	260 bis 270	270 bis 280	280 bis 290	290 bis 300	300 bis 310	310 bis 320	320 bis 330	330 bis 340	340 bis 350	350 bis 360	360 bis 370																		
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38																		
Euro																																					
149	158	167	177	186	195	204	213	222	231	240	249	258	267	276	285	294	303	312	321																		
148	157	166	175	184	193	202	211	220	229	238	247	256	265	274	283	292	301	310	319																		
146	155	164	173	182	191	200	208	217	226	235	244	253	262	271	280	289	298	307	316																		
144	153	161	170	179	188	197	206	215	223	232	241	250	259	268	276	285	294	303	312																		
141	150	159	168	177	185	194	203	212	220	229	238	247	255	264	273	282	290	299	308																		
139	148	157	165	174	183	191	200	209	217	226	235	243	252	261	269	278	287	295	304																		
137	145	154	163	171	180	188	197	206	214	223	231	240	249	257	266	275	283	292	300																		
134	143	152	160	169	177	186	194	203	211	220	228	237	245	254	262	271	279	288	296																		
132	141	149	157	166	174	183	191	200	208	217	225	233	242	250	259	267	276	284	293																		
130	138	146	155	163	172	180	188	197	205	213	222	230	238	247	255	264	272	280	289																		
127	136	144	152	160	169	177	185	194	202	210	218	227	235	243	252	260	268	276	285																		
125	133	141	149	158	166	174	182	191	199	207	215	223	232	240	248	256	264	273	281																		
122	131	139	147	155	163	171	179	187	196	204	212	220	228	236	244	252	261	269	277																		
120	128	136	144	152	160	168	176	184	192	200	208	217	225	233	241	249	257	265	273																		
117	125	133	141	149	157	165	173	181	189	197	205	213	221	229	237	245	253	261	269																		
115	123	131	139	147	154	162	170	178	186	194	202	210	218	225	233	241	249	257	265																		
112	120	128	136	144	152	159	167	175	183	191	198	206	214	222	230	237	245	253	261																		
110	118	125	133	141	149	156	164	172	180	187	195	203	210	218	226	234	241	249	257																		
107	115	123	130	138	146	153	161	169	176	184	192	199	207	214	222	230	237	245	253																		
105	112	120	128	135	143	150	158	165	173	181	188	196	203	211	218	226	234	241	249																		
102	110	117	125	132	140	147	155	162	170	177	185	192	200	207	215	222	230	237	245																		
100	107	114	122	129	137	144	152	159	166	174	181	189	196	203	211	218	226	233	240																		
97	104	112	119	126	134	141	148	156	163	170	178	185	192	200	207	214	222	229	236																		
94	102	109	116	123	131	138	145	152	160	167	174	181	189	196	203	210	218	225	232																		
92	99	106	113	120	128	135	142	149	156	163	171	178	185	192	199	206	214	221	228																		
89	96	103	110	117	124	132	139	146	153	160	167	174	181	188	195	203	210	217	224																		
86	93	100	107	114	121	128	135	142	149	156	163	170	177	185	192	199	206	213	220																		
84	91	97	104	111	118	125	132	139	146	153	160	167	174	181	188	195	201	208	215																		
81	88	95	101	108	115	122	129	136	143	149	156	163	170	177	184	191	197	204	211																		
78	85	92	98	105	112	119	126	132	139	146	153	159	166	173	180	187	193	200	207																		
75	82	89	95	102	109	116	122	129	136	142	149	156	162	169	176	182	189	196	203																		
73	79	86	92	99	106	112	119	125	132	139	145	152	159	165	172	178	185	192	198																		
70	76	83	89	96	102	109	116	122	129	135	142	148	155	161	168	174	181	187	194																		
67	73	80	86	93	99	106	112	119	125	131	138	144	151	157	164	170	177	183	190																		
64	70	77	83	90	96	102	109	115	121	128	134	141	147	153	160	166	172	179	185																		
61	68	74	80	86	93	99	105	112	118	124	130	137	143	149	156	162	168	175	181																		
58	65	71	77	83	89	96	102	108	114	121	127	133	139	145	152	158	164	170	176																		
55	62	68	74	80	86	92	98	105	111	117	123	129	135	141	148	154	160	166	172																		
53	59	65	71	77	83	89	95	101	107	113	119	125	131	137	143	149	156	162	168																		
50	56	62	68	74	79	85	91	97	103	109	115	121	127	133	139	145	151	157	163																		
47	53	58	64	70	76	82	88	94	100	106	112	117	123	129	135	141	147	153	159																		
44	49	55	61	67	73	79	84	90	96	102	108	114	119	125	131	137	143	148	154																		
41	46	52	58	64	69	75	81	87	92	98	104	110	115	121	127	133	138	144	150																		
38	43	49	55	60	66	72	77	83	89	94	100	106	111	117	123	128	134	140	145																		
35	40	46	51	57	63	68	74	79	85	90	96	102	107	113	118	124	130	135	141																		
32	37	43	48	54	59	65	70	76	81	87	92	98	103	109	114	120	125	131	136																		
29	34	39	45	50	56	61	67	72	77	83	88	94	99	104	110	115	121	126	132																		
25	31	36	41	47	52	58	63	68	74	79	84	90	95	100	106	111	116	122	127																		
22	28	33	38	43	49	54	59	64	70	75	80	86	91	96	101	107	112	117	122																		
19	24	30	35	40	45	50	56	61	66	71	76	81	87	92	97	102	107	113	118																		
16	21	26	31	37	42	47	52	57	62	67	72	77	82	88	93	98	103	108	113																		
13	18	23	28	33	38	43	48	53	58	63	68	73	78	83	88	93	98	103	108																		
10	15	20	25	30	35	39	44	49	54	59	64	69	74	79	84	89	94	99	104																		
	11	16	21	26	31	36	41	46	50	55	60	65	70	75	80	84	89	94	99																		
		13	18	23	27	32	37	42	46	51	56	61	66	70	75	80	85	90	94																		
		10	14	19	24	28	33	38	43	47	52	57	61	66	71	75	80	85	90																		
			11	15	20	25	29	34	39	43	48	52	57	62	66	71	76	80	85																		
				12	16	21	25	30	35	39	44	48	53	57	62	66	71	75	80																		
					13	17	22	26	31	35	40	44	48	53	57	62	66	71	75																		
						13	18	22	27	31	35	40	44	49	53	57	62	66	70																		
						10	14	18	23	27	31	35	40	44	48	53	57	61	66																		
							10	14	18	23	27	31	35	40	44	48	52	57	61																		
								10	14	19	23	27	31	35	39	43	48	52	56																		
									10	14	18	23	27	31	35	39	43	47	51																		
										10	14	18	22	26	30	34	38	42	46																		
											10	14	18	22	26	29	33	37	41																		
												13	17	21	25	29	32	36	40																		
													13	16	20	24	28	31	35																		
														12	15	19	23	26	30																		
															11	14	18	21	25																		
																13	16	19	23																		

## Wohngeld für zwei zum Haushalt rechnende Familienmitglieder

### Bei einem Haushalt mit zwei zum Haushalt rechnenden Familienmitgliedern beträgt das Wohngeld monatlich

bei dem zwölften Teil des Gesamt- einkommens (§ 9 Abs. 2) von mehr als bis	bei einer zu berücksichtigenden Miete																					
	20 bis 25	25 bis 30	30 bis 35	35 bis 40	40 bis 45	45 bis 50	50 bis 60	60 bis 70	70 bis 80	80 bis 90	90 bis 100	100 bis 110	110 bis 120	120 bis 130	130 bis 140	140 bis 150	150 bis 160	160 bis 170	170 bis 180	180 bis 190	190 bis 200	200 bis 210
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	Euro																					
0 - 150	11	15	20	24	29	33	40	49	59	68	77	86	95	104	113	122	132	141	150	159	168	177
150 - 160	10	15	19	24	28	33	40	49	58	67	76	85	94	103	113	122	131	140	149	158	167	176
160 - 170		14	18	23	27	32	39	48	57	66	75	84	93	102	111	120	129	138	147	156	165	174
170 - 180		13	17	22	26	31	38	47	55	64	73	82	91	100	109	118	127	136	145	154	163	172
180 - 190		12	16	21	25	30	36	45	54	63	72	81	90	99	108	117	126	135	144	153	161	170
190 - 200		11	15	20	24	29	35	44	53	62	71	80	89	97	106	115	124	133	142	151	160	168
200 - 210		10	14	19	23	28	34	43	52	61	69	78	87	96	105	113	122	131	140	149	158	166
210 - 220			13	18	22	26	33	42	50	59	68	77	86	94	103	112	121	129	138	147	156	164
220 - 230			12	17	21	25	32	40	49	58	67	75	84	93	101	110	119	128	136	145	154	162
230 - 240			11	15	20	24	31	39	48	57	65	74	82	91	100	108	117	126	134	143	152	160
240 - 250			10	14	19	23	29	38	47	55	64	72	81	90	98	107	115	124	132	141	150	158
250 - 260				13	18	22	28	37	45	54	62	71	79	88	96	105	114	122	131	139	148	156
260 - 270				12	16	21	27	35	44	52	61	69	78	86	95	103	112	120	129	137	146	154
270 - 280				11	15	19	26	34	43	51	59	68	76	85	93	101	110	118	127	135	144	152
280 - 290				10	14	18	25	33	41	50	58	66	75	83	91	100	108	116	125	133	142	150
290 - 300					13	17	23	32	40	48	56	65	73	81	90	98	106	115	123	131	139	148
300 - 310					12	16	22	30	38	47	55	63	71	80	88	96	104	113	121	129	137	146
310 - 320					10	15	21	29	37	45	53	62	70	78	86	94	103	111	119	127	135	143
320 - 330						13	19	28	36	44	52	60	68	76	84	93	101	109	117	125	133	141
330 - 340						12	18	26	34	42	50	58	66	75	83	91	99	107	115	123	131	139
340 - 350						11	17	25	33	41	49	57	65	73	81	89	97	105	113	121	129	137
350 - 360						15	23	31	39	47	55	63	71	79	87	95	103	111	119	127	135	143
360 - 370						14	22	30	38	46	54	61	69	77	85	93	101	109	117	125	133	141
370 - 380						13	21	28	36	44	52	60	68	75	83	91	99	107	115	122	130	138
380 - 390						11	19	27	35	42	50	58	66	74	81	89	97	105	112	120	128	136
390 - 400						10	18	25	33	41	49	56	64	72	79	87	95	103	110	118	126	134
400 - 410							16	24	32	39	47	55	62	70	78	85	93	101	108	116	124	132
410 - 420							15	22	30	38	45	53	60	68	76	83	91	98	106	114	121	129
420 - 430							13	21	28	36	43	51	59	66	74	81	89	96	104	111	119	127
430 - 440							12	19	27	34	42	49	57	64	72	79	87	94	102	109	117	125
440 - 450							10	18	25	33	40	47	55	62	70	77	85	92	99	107	114	122
450 - 460								16	23	31	38	46	53	60	68	75	83	90	97	105	112	120
460 - 470								14	22	29	36	44	51	58	66	73	80	88	95	102	110	118
470 - 480								13	20	27	35	42	49	56	64	71	78	86	93	100	107	115
480 - 490								11	18	26	33	40	47	55	62	69	76	83	91	98	105	113
490 - 500									17	24	31	38	45	53	60	67	74	81	88	95	103	110
500 - 510								10	15	22	29	36	43	51	58	65	72	79	86	93	100	108
510 - 520									13	20	27	34	42	49	56	63	70	77	84	91	98	105
520 - 530									12	19	26	33	40	47	53	60	67	74	81	88	95	102
530 - 540									10	17	24	31	38	44	51	58	65	72	79	86	93	100
540 - 550										15	22	29	36	42	49	56	63	70	77	84	90	97
550 - 560										13	20	27	34	40	47	54	61	68	74	81	88	95
560 - 570										11	18	25	32	38	45	52	59	65	72	79	86	93
570 - 580											16	23	30	36	43	50	56	63	70	76	83	90
580 - 590											14	21	28	34	41	47	54	61	67	74	81	88
590 - 600											12	19	25	32	39	45	52	58	65	71	78	85
600 - 610											10	17	23	30	36	43	49	56	62	69	76	83
610 - 620												15	21	28	34	41	47	54	60	67	73	80
620 - 630												13	19	26	32	38	45	51	58	64	70	77
630 - 640													17	23	30	36	43	49	55	62	68	75
640 - 650														15	21	28	34	40	46	53	59	65
650 - 660														13	19	25	32	38	44	50	56	63
660 - 670															11	17	23	29	35	42	48	54
670 - 680																15	21	27	33	39	45	51
680 - 690																13	19	25	31	37	43	49
690 - 700																10	16	22	28	34	40	46
700 - 710																	20	26	32	38	44	50
710 - 720																		18	23	29	35	41
720 - 730																		15	21	27	33	38
730 - 740																		13	18	24	30	36
740 - 750																		10	16	22	27	33
750 - 760																			14	19	25	30
760 - 770																				11	17	22
770 - 780																				14	20	25
780 - 790																				11	17	22
790 - 800																					14	20
800 - 810																					12	17
810 - 820																						14
820 - 830																						17
830 - 840																						14
840 - 850																						11
850 - 860																						
860 - 870																						



**oder Belastung (§ 7) von monatlich mehr als ... Euro**

210 bis 220	220 bis 230	230 bis 240	240 bis 250	250 bis 260	260 bis 270	270 bis 280	280 bis 290	290 bis 300	300 bis 310	310 bis 320	320 bis 330	330 bis 340	340 bis 350	350 bis 360	360 bis 370	370 bis 380	380 bis 390	390 bis 400	400 bis 410	410 bis 420	420 bis 430	430 bis 440	440 bis 450	450 bis 460
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
186	196	205	214	223	232	241	250	260	269	278	287	296	305	314	323	333	342	351	360	369	378	387	397	406
185	195	204	213	222	231	240	249	258	267	276	286	295	304	313	322	331	340	349	358	368	377	386	395	404
183	192	202	211	220	229	238	247	256	265	274	283	292	301	310	319	328	337	346	355	364	373	382	392	401
181	190	199	208	217	226	235	244	253	262	271	280	289	298	307	316	325	334	343	352	361	370	379	388	397
179	188	197	206	215	224	233	242	251	260	269	278	287	295	304	313	322	331	340	349	358	367	376	385	394
177	186	195	204	213	222	231	239	248	257	266	275	284	293	302	310	319	328	337	346	355	364	373	381	390
175	184	193	202	210	219	228	237	246	255	263	272	281	290	299	308	316	325	334	343	352	360	369	378	387
173	182	191	199	208	217	226	234	243	252	261	270	278	287	296	305	313	322	331	340	348	357	366	375	383
171	180	188	197	206	215	223	232	241	249	258	267	275	284	293	302	310	319	328	336	345	354	363	371	380
169	178	186	195	204	212	221	229	238	247	255	264	273	281	290	299	307	316	325	333	342	351	359	368	376
167	175	184	193	201	210	218	227	236	244	253	261	270	278	287	296	304	313	321	330	339	347	356	364	373
165	173	182	190	199	207	216	224	233	241	250	259	267	276	284	293	301	310	318	327	335	344	352	361	369
163	171	180	188	196	205	213	222	230	239	247	256	264	273	281	290	298	307	315	324	332	340	349	357	366
160	169	177	186	194	202	211	219	228	236	245	253	261	270	278	287	295	303	312	320	329	337	346	354	362
158	167	175	183	192	200	208	217	225	233	242	250	259	267	275	284	292	300	309	317	325	334	342	350	359
156	164	173	181	189	198	206	214	223	231	239	247	256	264	272	281	289	297	305	314	322	330	339	347	355
154	162	170	179	187	195	203	212	220	228	236	245	253	261	269	277	286	294	302	310	319	327	335	343	352
152	160	168	176	184	193	201	209	217	225	234	242	250	258	266	274	283	291	299	307	315	324	332	340	348
149	158	166	174	182	190	198	206	214	223	231	239	247	255	263	271	279	288	296	304	312	320	328	336	344
147	155	163	171	179	188	196	204	212	220	228	236	244	252	260	268	276	284	292	301	309	317	325	333	341
145	153	161	169	177	185	193	201	209	217	225	233	241	249	257	265	273	281	289	297	305	313	321	329	337
143	151	159	167	175	182	190	198	206	214	222	230	238	246	254	262	270	278	286	294	302	310	318	326	334
140	148	156	164	172	180	188	196	204	211	219	227	235	243	251	259	267	275	283	290	298	306	314	322	330
138	146	154	162	169	177	185	193	201	209	217	224	232	240	248	256	264	271	279	287	295	303	311	318	326
136	144	151	159	167	175	183	190	198	206	214	221	229	237	245	253	260	268	276	284	291	299	307	315	323
134	141	149	157	164	172	180	188	195	203	211	218	226	234	242	249	257	265	273	280	288	296	303	311	319
131	139	147	154	162	170	177	185	193	200	208	216	223	231	239	246	254	262	269	277	285	292	300	308	315
129	136	144	152	159	167	175	182	190	197	205	213	220	228	235	243	251	258	266	273	281	289	296	304	311
127	134	142	149	157	164	172	179	187	194	202	210	217	225	232	240	247	255	262	270	278	285	293	300	308
124	132	139	147	154	162	169	177	184	192	199	207	214	222	229	237	244	252	259	267	274	282	289	297	304
122	129	137	144	152	159	166	174	181	189	196	204	211	218	226	233	241	248	256	263	271	278	285	293	300
119	127	134	142	149	156	164	171	178	186	193	201	208	215	223	230	237	245	252	260	267	274	282	290	296
115	124	132	139	146	154	161	168	176	183	190	198	205	212	219	227	234	241	249	256	263	271	278	285	293
112	122	132	142	151	161	171	181	191	202	212	222	232	242	252	262	272	282	292	302	312	322	332	342	352
112	119	127	134	141	148	155	163	170	177	184	191	199	206	213	220	227	235	242	249	256	263	271	278	285
110	117	124	131	138	145	153	160	167	174	181	188	195	203	210	217	224	231	238	246	253	260	267	274	281
107	114	121	129	136	143	150	157	164	171	178	185	192	199	207	214	221	228	235	242	249	256	263	270	277
105	112	119	126	133	140	147	154	161	168	175	182	189	196	203	210	217	224	231	238	245	252	260	267	274
102	109	116	123	130	137	144	151	158	165	172	179	186	193	200	207	214	221	228	235	242	249	256	263	270
100	107	114	121	128	134	141	148	155	162	169	176	183	190	197	204	211	217	224	231	238	245	252	259	266
97	104	111	118	125	132	138	145	152	159	166	173	180	187	193	200	207	214	221	228	235	241	248	255	262
95	102	108	115	122	129	136	142	149	156	163	170	176	183	190	197	204	210	217	224	231	238	244	251	258
92	99	106	113	119	126	133	139	146	153	160	166	173	180	187	193	200	207	214	220	227	234	241	247	254
90	96	103	110	116	123	130	137	143	150	157	163	170	177	183	190	197	203	210	217	223	230	237	244	250
87	94	100	107	114	120	127	134	140	147	153	160	167	173	180	187	193	200	207	213	220	226	233	240	246
85	91	98	104	111	117	124	131	137	144	150	157	163	170	177	183	190	196	203	209	216	223	229	236	242
82	89	95	102	108	115	121	128	134	141	147	154	160	167	173	180	186	193	199	206	212	219	225	232	238
79	86	92	99	105	112	118	125	131	138	144	150	157	163	170	176	183	189	196	202	209	215	222	228	234
77	83	90	96	102	109	115	122	128	134	141	147	154	160	166	173	179	186	192	198	205	211	218	224	230
74	81	87	93	100	106	112	119	125	131	138	144	150	157	163	169	176	182	188	195	201	207	214	220	226
72	78	84	90	97	103	109	116	122	128	134	141	147	153	160	166	172	178	185	191	197	204	210	216	222
69	75	81	88	94	100	106	113	119	125	131	137	144	150	156	162	169	175	181	187	193	200	206	212	218
66	72	79	85	91	97	103	109	116	122	128	134	140	146	153	159	165	171	177	183	190	196	202	208	214
64	70	76	82	88	94	100	106	113	119	125	131	137	143	149	155	161	168	174	180	186	192	198	204	210
61	67	73	79	85	91	97	103	109	115	121	128	134	140	146	152	158	164	170	176	182	188	194	200	206
58	64	70	76	82	88	94	100	106	112	118	124	130	136	142	148	154	160	166	172	178	184	190	196	202
56	61	67	73	79	85	91	97	103	109	115	121	127	133	139	145	151	156	162	168	174	180	186	192	198
53	59	65	70	76	82																			

## noch Wohngeld für zwei zum Haushalt rechnende Familienmitglieder

### Bei einem Haushalt mit zwei zum Haushalt rechnenden Familienmitgliedern beträgt das Wohngeld monatlich

bei dem zwölften Teil des Gesamt- einkommens (§ 9 Abs. 2) von mehr als bis	bei einer zu berücksichtigenden Miete																						
	20 bis 25	25 bis 30	30 bis 35	35 bis 40	40 bis 45	45 bis 50	50 bis 60	60 bis 70	70 bis 80	80 bis 90	90 bis 100	100 bis 110	110 bis 120	120 bis 130	130 bis 140	140 bis 150	150 bis 160	160 bis 170	170 bis 180	180 bis 190	190 bis 200	200 bis 210	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
<b>Euro</b>																							
870 - 880																							
880 - 890																							
890 - 900																							
900 - 910																							
910 - 920																							
920 - 930																							
930 - 940																							
940 - 950																							
950 - 960																							
960 - 970																							
970 - 980																							
980 - 990																							
990 - 1000																							
1000 - 1010																							
1010 - 1020																							
1020 - 1030																							
1030 - 1040																							
1040 - 1050																							
1050 - 1060																							
1060 - 1070																							
1070 - 1080																							
1080 - 1090																							
1090 - 1100																							
1100 - 1110																							
1110 - 1120																							
1120 - 1130																							
1130 - 1140																							

oder Belastung (§ 7) von monatlich mehr als ... Euro

210 bis 220	220 bis 230	230 bis 240	240 bis 250	250 bis 260	260 bis 270	270 bis 280	280 bis 290	290 bis 300	300 bis 310	310 bis 320	320 bis 330	330 bis 340	340 bis 350	350 bis 360	360 bis 370	370 bis 380	380 bis 390	390 bis 400	400 bis 410	410 bis 420	420 bis 430	430 bis 440	440 bis 450	450 bis 460
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
Euro																								
	12	17	22	27	32	37	42	47	52	57	62	67	72	77	82	87	92	97	102	107	112	117	122	127
		14	19	24	29	34	39	44	49	54	58	63	68	73	78	83	88	93	98	103	108	112	117	122
		11	16	21	26	31	36	40	45	50	55	60	65	69	74	79	84	89	94	98	103	108	113	118
			13	18	23	27	32	37	42	47	51	56	61	66	70	75	80	85	90	94	99	104	109	114
			10	15	19	24	29	33	38	43	48	52	57	62	67	71	76	81	86	90	95	100	104	109
				11	16	21	25	30	35	39	44	49	53	58	63	67	72	77	81	86	91	95	100	105
					13	17	22	27	31	36	40	45	50	54	59	63	68	73	77	82	87	91	96	100
						14	19	23	28	32	37	41	46	50	55	60	64	69	73	78	82	87	91	96
						11	15	20	24	29	33	38	42	47	51	56	60	65	69	74	78	83	87	92
						12	16	21	25	29	34	38	43	47	52	56	61	65	69	74	78	83	87	92
							13	17	21	26	30	35	39	43	48	52	56	61	65	70	74	78	83	87
								13	18	22	26	31	35	39	44	48	52	57	61	65	70	74	78	83
								10	14	18	23	27	31	35	40	44	48	52	57	61	65	70	74	78
									14	18	23	27	31	36	40	44	48	52	57	61	65	69	74	78
									10	15	19	23	27	31	36	40	44	48	52	57	61	65	69	74
										11	15	19	23	27	31	36	40	44	48	52	57	61	65	69
											11	15	19	23	27	31	36	40	44	48	52	56	60	64
												11	15	19	23	27	31	35	39	43	47	51	55	59
													11	15	19	23	27	31	35	39	43	47	51	55
														11	15	19	23	27	31	35	39	43	47	51
															11	15	19	23	27	31	35	39	43	47
																11	15	19	23	27	31	34	38	42
																	11	15	19	22	26	30	34	38
																		11	14	18	22	26	29	33
																			10	14	17	21	25	28
																				14	17	20	24	28
																					13	17	20	24
																						12	16	19
																							11	15
																								11



# 21

## Soziale Leistungen an ausländische Flüchtlinge – Asylbewerberleistungsgesetz

### Grundrecht auf Asyl

1 Gemäß Artikel 16a Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) genießen politisch Verfolgte in der Bundesrepublik Deutschland Asyl. Das Wort „Asyl“ stammt aus dem Griechischen „Asylon“ und bedeutet Zufluchtsstätte, „asylus“ das, was nicht ergriffen werden kann. Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juli 1989 ist eine Verfolgung dann eine politische, „wenn sie dem Einzelnen in Anknüpfung an seine politische Überzeugung, seine religiöse Grundentscheidung oder an für ihn unverfügbare Merkmale, die sein Anderssein prägen, gezielt Rechtsverletzungen zufügt, die ihn ihrer Intensität nach aus der übergreifenden Friedensordnung der staatlichen Einheit ausgrenzen“. Mit der Gewährung eines Individualanspruchs auf Asyl geht das Grundgesetz über das Völkerrecht hinaus, das einen solchen Anspruch nicht kennt, vielmehr in der Asylgewährung nur ein Recht des Staates gegenüber anderen Staaten sieht. Asylrecht hat in Deutschland als Grundrecht Verfassungsrang und kann vor Gericht eingeklagt werden.

2 Ausländer, die sich auf das Asylrecht berufen, so genannte Asylbewerber, müssen ein Anerkennungsverfahren durchlaufen, dessen Einzelheiten im Asylverfahrensgesetz (AsylVerfG) geregelt sind. Zuständig für die Durchführung des Asylverfahrens ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (bis zum 31. Dezember 2004 hieß diese Behörde Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge).

Anfang der 90er Jahre stiegen die Asylbewerberzahlen in Deutschland stark an und die Quote der Anerkennungen als Asylberechtigte blieb stets deutlich unter 10%. Für viele ausländische Flüchtlinge war der wirtschaftliche Wohlstand in Verbindung mit der günstigen geographischen Lage und der verfassungsrechtlich verankerten Asylgarantie der Bundesrepublik Deutschland Hauptursache ihres Kommens nach Deutschland; die politische Verfolgung als Fluchtmotiv stand weniger im Vordergrund. Vor diesem Hin-

tergrund einigten sich die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP am 6. Dezember 1992 in dem so genannten „Asylkompromiss“ auf eine Neugestaltung des Asylrechts. Auf dem Asylkompromiss basierend trat am 1. Juli 1993 zum Asylrecht eine Verfassungsänderung in Kraft (vgl. BGBl. I, S. 1002). Danach wird der Schutz vor politischer Verfolgung nach wie vor in Form eines individuellen Grundrechts gewährt. Der Schutzzumfang wird nunmehr aber in der Verfassung selbst nach den Kriterien der Schutzbedürftigkeit konkretisiert. Deshalb können sich Ausländer, die aus sicheren Drittstaaten einreisen, in denen sie bereits Schutz vor politischer Verfolgung hätten finden können, in der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr auf das Grundrecht auf Asyl berufen. Es werden darüber hinaus verkürzte Verfahren ermöglicht, und zwar für Asylbewerber aus sicheren Herkunftsstaaten, in denen grundsätzlich keine politische Verfolgung oder menschenrechtswidrige Behandlung vorkommt, ferner in groben Missbrauchsfällen und bei erheblicher Straffälligkeit.

3 Die Asylbewerberzahlen und die Zahl der Anerkennungen als Asylberechtigte haben sich in den Jahren von 1987 bis 2005 wie folgt entwickelt:

Jahr	Zahl der Asylbewerber	Anerkennungen als Asylberechtigte in %
1987	57.379	9,4
1988	103.076	8,6
1989	121.318	5,0
1990	193.063	4,4
1991	256.112	6,9
1992	438.191	4,3
1993	322.599	3,2
1994	127.210	7,3
1995	127.937	9,0
1996	116.367	7,4
1997	104.353	4,9
1998	98.644	3,9
1999	95.113	3,0
2000	78.564	3,0
2001	88.287	5,3
2002	71.127	1,8
2003	50.563	1,6
2004	35.607	1,5
2005	28.914	0,9

Die Zahlen von 1987 bis 1991 beziehen sich auf das frühere Bundesgebiet, die Zahlen ab 1992 auf Deutschland insgesamt.

Die Anerkennungen als Asylberechtigte sind Anerkennungen nach Art. 16a GG durch Entscheidungen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge.

Im europäischen Vergleich war Deutschland in den Jahren 1994 bis 1999 das Land mit dem mit Abstand größten Asylbewerberzugang. In den Jahren 2000 bis 2002 hatte Deutschland jeweils die zweithöchste Antragszahl zu verzeichnen; die meisten Anträge wurden in Großbritannien gestellt. In den Jahren 2003 und 2004 lag Deutschland hinter Frankreich und Großbritannien an dritter Stelle. Im Jahre 2004 wurden in Frankreich 65.614, in Großbritannien 40.202 und in Deutschland 35.607 Asylanträge gestellt.

Anders stellt sich das Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerungszahl dar. Hier trugen Zypern (12,7 Antragsteller auf 1.000 Einwohner), Luxemburg und Malta im Jahre 2004 die größte Last. Frankreich stand auf Platz 11, Großbritannien auf Platz 13 und Deutschland auf Platz 18 (0,4 Asylbewerber pro 1.000 Einwohner).

Die Antragszahlen waren in den letzten Jahren in den alten EU-Staaten deutlich rückläufig. So ist von 2003 auf 2004 ein Rückgang von 20,6% zu verzeichnen. Die Rückgänge waren in Griechenland mit 45,4% und in Irland mit 39,7% am größten. Bei zwei Staaten stiegen die Antragszahlen, in Frankreich um 4% und in Finnland um 10%.

Die Hauptherkunftsländer waren im Jahre 2005 Serbien und Montenegro, die Türkei und der Irak.

### **Leistungen an ausländische Flüchtlinge vor dem 1. November 1993**

4 Vor dem 1. November 1993 erhielten ausländische Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Nach § 120 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) in der damals geltenden Fassung hatten Asylbewerber und zur Ausreise verpflichtete Ausländer, auch wenn sie im Besitz einer ausländerrechtlichen Duldung waren, nur einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt. Sonstige Sozialhilfe, zu der auch die Hilfe im Krankheitsfall zählt, konnte lediglich gewährt werden, ohne dass der Einzelne einen Anspruch darauf hatte; auch die Entscheidung über die Gewährung von Hilfe in besonderen Lebenslagen

lag im pflichtgemäßen Ermessen der Behörde lag. Die Hilfe zum Lebensunterhalt sollte, soweit dies möglich war, in Form von Sachleistungen gewährt werden. Sie konnte auf das zum Lebensunterhalt Unerlässliche eingeschränkt werden. Hierzu hat das Bundesverwaltungsgericht die Auffassung vertreten, dass über die Einschränkung der Hilfe auf das zum Lebensunterhalt Unerlässliche vom Träger der Sozialhilfe im Einzelfall in Ausübung von Ermessen zu entscheiden sei, wobei die Begründung für eine solche Einschränkung die Gesichtspunkte erkennen lassen muss, von denen bei der Ausübung des Ermessens ausgegangen wurde (BVerwGE 280, 233). Das bedeutete für die Praxis, dass eine generelle Kürzung der Regelsätze für ausländische Flüchtlinge, die vor dem 1. November 1993 nicht selten praktiziert wurde, nun nicht mehr möglich war, denn nur in wenigen Ausnahmefällen konnte eine Kürzung der Sozialhilfe aus sozialhilferechtlichen Grundsätzen heraus gerechtfertigt werden.

### **Schaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes**

5 Vor dem Hintergrund eines kontinuierlichen Anstiegs der Asylbewerberzahlen einigte man sich parteiübergreifend im Asylkompromiss vom 6. Dezember 1992 u. a. darauf, ein Gesetz zur Regelung des Mindestunterhalts von Asylbewerbern zu schaffen, das außerhalb des Bundessozialhilfegesetzes deutlich abgesenkte Leistungen und den Vorrang von Sachleistungen vorsieht. Auf dieser Grundlage entstand das Asylbewerberleistungsgesetz vom 30. Juni 1993 (BGBl. I, S. 1074), das am 1. November 1993 in Kraft getreten ist. Während die Sozialhilfe vom Individualisierungsgrundsatz ausgeht und ein dauerhaft existentiell gesichertes und sozial integriertes Leben des Hilfeempfängers „aus eigener Kraft“ zum Ziel hat, ist Kerngedanke des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Leistungen für Asylbewerber und vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer gegenüber der Sozialhilfe zu vereinfachen und auf die Bedürfnisse eines in aller Regel nur vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland abzustellen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz stellt nach der Gesetzesbegründung (vgl. Bundestagsdrucksache 12/4451, S. 5) eine Regelung des Aufenthalts- und Niederlassungsrechts dar. Die Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung ergibt sich daher aus Artikel 74 Nr. 4 GG in Verbindung mit Artikel 74 Nr. 7 GG.



Die Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind verglichen mit den Regelsätzen der Sozialhilfe eingeschränkt und grundsätzlich als Sachleistungen zu gewähren. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in seiner ursprünglichen Fassung bezogen Asylbewerber diese abgesenkten Leistungen nur ein Jahr lang. Dauerte ihr Asylverfahren länger als ein Jahr, so war für sie vom zweiten Jahr an das Bundessozialhilfegesetz entsprechend anzuwenden. Für Ausländer mit einer Duldung galt das Bundessozialhilfegesetz von vornherein entsprechend, wenn die Duldung erteilt worden war, weil der freiwilligen Ausreise und der Abschiebung Hindernisse entgegenstanden, die die Ausländer nicht zu vertreten hatten; diese Voraussetzung war in einem Großteil der Duldungsfälle erfüllt.

### **Erstes Änderungsgesetz**

6 Bei der Anwendung des Asylbewerberleistungsgesetzes ergaben sich in der Praxis Schwierigkeiten. Ferner wurden Ungereimtheiten deutlich, die insbesondere bei der Abgrenzung des unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallenden Personenkreises auftauchten. Darüber hinaus stieß die Dauer des Bezugs abgesenkter Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Kritik. Gleiches galt für die Voraussetzungen, unter denen Leistungen entsprechend dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wurden. Dem trug der Gesetzgeber mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes vom 25. Mai 1997 (BGBl. I, S. 1130), das am 1. Juni 1997 in Kraft getreten ist, Rechnung. Dabei wurde der Kreis der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz dahingehend konkretisiert, dass Ausländer, die sich typischerweise nur vorübergehend und ohne Verfestigung ihres ausländerrechtlichen Status in Deutschland aufhalten, Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wurden. So wurden Ausländer, die über einen Flughafen einreisen wollten und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet worden war, und Ausländer, die wegen des Krieges in ihrem Heimatland eine Aufenthaltsbefugnis nach den §§ 32 oder 32a des Ausländergesetzes (AuslG) besaßen, neu zu Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erklärt.

Die Zeit des Bezugs der abgesenkten Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wurde für alle Leistungsberechtigten auf drei Jahre festgesetzt. Durch eine Reihe von Regelungen wurde das

Verfahren bei den zuständigen Behörden erleichtert und vereinfacht, so insbesondere bei der örtlichen Zuständigkeit und der Kostenerstattung der Behörden untereinander.

### **Zweites Änderungsgesetz**

7 Das Zweite Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes vom 25. August 1998 (BGBl. I, S. 2505) ist am 1. September 1998 in Kraft getreten. Dieses Gesetz dient in erster Linie der Verhinderung von Sozialleistungsmisbrauch. Es sieht eine Anspruchseinschränkung für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer vor, die durch rechtsmissbräuchliches Verhalten ihren Aufenthalt oder ihr weiteres Verbleiben in der Bundesrepublik Deutschland verursacht und damit die Leistungspflicht des Staates ausgelöst haben.

Nach der zuvor gültigen Rechtslage waren die Gründe eines vollziehbar ausreisepflichtigen Ausländers für seine Einreise bzw. für seinen weiteren Aufenthalt unerheblich. Damit hatten Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die nur wegen des Leistungsbezugs nach Deutschland gekommen waren, einen uneingeschränkten Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetz. Gleiches galt auch für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer, insbesondere für abgelehnte Asylbewerber, die die Durchsetzung ihrer Ausreisepflicht durch gezielte Maßnahmen wie Untertauchen, Vernichten von Ausweispapieren oder durch Verschleierung ihrer Identität verhinderten. Für solche Fälle wurde durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Anspruchseinschränkung in das Gesetz eingefügt.

### **Zuwanderungsgesetz**

8 Das Asylbewerberleistungsgesetz wurde zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz) vom 30. Juli 2004 (BGBl. I, S. 1950) geändert. Mit dieser zum 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Änderung hat der Gesetzgeber den Kreis der Empfänger abgesenkter Leistungen nochmals verändert. Nunmehr erhalten Ausländer, die rechtsmissbräuchlich die Dauer ihres Aufenthalts selbst beeinflusst haben, nicht mehr nach drei Jahren die vollen Leistungen nach dem SGB XII. Damit soll der Anreiz zur missbräuchlichen Asylantragung weiter eingeschränkt werden.

## Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

9 Die gesamten Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz stellen sich von 1994 bis zum Jahr 2003 wie folgt dar:

1994	5,582 Mrd. DM
1995	5,477 Mrd. DM
1996	5,631 Mrd. DM
1997	5,188 Mrd. DM
1998	4,378 Mrd. DM
1999	4,135 Mrd. DM
2000	3,804 Mrd. DM
2001	3,344 Mrd. DM
2002	1,585 Mrd. Euro
2003	1,440 Mrd. Euro
2004	1,308 Mrd. Euro

Die Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind von 1996 bis 2004 rückläufig. Dies korrespondiert mit einer abnehmenden Zahl der Empfänger von Leistungen nach diesem Gesetz.

## Wesentliche Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes

Das Asylbewerberleistungsgesetz, zuletzt geändert durch Artikel 7c des Gesetzes zur Umsetzung von Vorschlägen zum Bürokratieabbau und Deregulierung aus den Regionen vom 21. Juni 2005 (BGBl. S. 1666) umfasst in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung insbesondere folgende Regelungen:

### Leistungsberechtigte gemäß § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes

10 § 1 Abs.1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) zählt die Leistungsberechtigten nach diesem Gesetz enumerativ auf (Anmerkung: Im Folgenden nicht näher bezeichnete Paragraphen sind solche des Asylbewerberleistungsgesetzes).

Das Asylbewerberleistungsgesetz wurde für Ausländer geschaffen, die sich typischerweise nur vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten.

11 Nach Nr.1 fallen Ausländer mit einer Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVerfG unter das Asylbewerberleistungsgesetz. Eine solche Aufenthaltsgestattung erhalten Ausländer, die in der Bundesrepublik Deutschland um Asyl nachsuchen, für die Dauer ihres Asylverfahrens. Die Aufenthalts-

gestattung erlischt u. a. bei Unanfechtbarkeit der Entscheidung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Asylbewerber waren diejenigen, für die 1993 das Asylbewerberleistungsgesetz nach der ursprünglichen Konzeption im Rahmen des Asylkompromisses geschaffen worden war.

12 Gemäß Nr. 2 sind Ausländer, die über einen Flughafen einreisen wollen und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist, leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Es handelt sich bei diesen Personen um Ausländer, die das so genannte Flughafenverfahren nach § 18a AsylVfG durchlaufen. Nach dieser Vorschrift ist für Ausländer, die aus einem sicheren Herkunftsstaat oder ohne gültigen Pass oder Passersatz über einen Flughafen einreisen wollen, das Asylverfahren im Transitbereich des Flughafens und damit vor ihrer Einreise durchzuführen. Damit wird gewährleistet, dass im Falle der Ablehnung des Asylantrags als offensichtlich unbegründet die Rückführung in den Staat des Abflughafens problemlos erfolgen kann. Das Asylverfahren einschließlich des gerichtlichen Eilverfahrens muss innerhalb von 19 Tagen abgeschlossen sein. Andernfalls ist dem Ausländer die Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zur weiteren Durchführung seines Asylverfahrens zu gestatten. Nach der ursprünglichen Fassung des Asylbewerberleistungsgesetzes, die vor dem 1. Juni 1997 galt, bezogen Ausländer, die unter die so genannte Flughafenregelung fielen, keine Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, sondern die höheren Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Da diese leistungsrechtliche Besserstellung verglichen mit Asylbewerbern mit einer Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG ungerechtfertigt war, wurden die Ausländer, die über einen Flughafen einreisen wollen, durch das Erste Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes in den Kreis der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einbezogen.

13 Durch das erste Änderungsgesetz ist auch Nr. 3 in § 1 Abs. 1 eingefügt worden. Danach wurden Ausländer, die wegen des Krieges in ihrem Heimatland eine Aufenthaltsbefugnis nach § 32 oder § 32a AuslG besaßen, Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Da Kriegsflüchtlinge sich ebenso wie bspw. Asylbewerber typischerweise nur vorübergehend – nämlich für die Zeit, in der sie wegen der Situation in ihrem Heimatland Schutz in Deutschland finden – hier aufhalten, sah es der Gesetzgeber als nicht gerechtfertigt an, Kriegsflüchtlingen Leistun-

gen nach dem Bundessozialhilfegesetz zu gewähren, wohingegen Asylbewerber lediglich Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhielten. Nr. 3 wurde vor dem Hintergrund der Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, die Mitte der 90er Jahre sehr stark in Deutschland vertreten waren (am 30. Juni 1994 hielten sich rd. 350.000 Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien in Deutschland auf), in § 1 Nr. 1 aufgenommen. Nach der Fassung des Zuwanderungsgesetzes sind gemäß Nr. 3 Ausländer mit einer Aufenthaltserlaubnis nach den § 23 Abs. 1, § 24 oder § 25 Abs. 4 oder 5 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) leistungsberechtigt. Damit sind neben Ausländern mit einer Aufenthaltserlaubnis wegen des Krieges in ihrem Heimatland (§ 23 Abs. 1 und § 24 AufenthG) auch Ausländer aus humanitären Gründen (§ 25 Abs. 4 und Abs. 5 AufenthG) leistungsberechtigt. Letzteres gilt zum einen für Ausländer, denen für einen vorübergehenden Aufenthalt eine Aufenthaltserlaubnis erteilt wurde, und zwar für die Zeit, in der dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliches öffentliches Interesse ihre vorübergehende weitere Anwesenheit im Bundesgebiet erfordert. Zum anderen gilt es für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer, denen eine Aufenthaltserlaubnis erteilt wurde, weil ihre Ausreise aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist und mit dem Wegfall der Ausreisehindernisse in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist.

14 Nach Nr. 4 sind ferner Ausländer mit einer Duldung nach § 60a AufenthG Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Ausländer mit einer Duldung sind vollziehbar ausreisepflichtig; ihre Abschiebung ist lediglich vorübergehend befristet ausgesetzt. Die Duldung ist kein Titel, der zum Aufenthalt berechtigt, sie legalisiert lediglich für den Zeitraum, in dem die Abschiebung aus dem Bundesgebiet aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht möglich ist, den weiteren Aufenthalt des ausreisepflichtigen Ausländers. Ausländer mit einer Duldung bleiben trotz Duldung vollziehbar zur Ausreise verpflichtet. Sie waren bereits in der ursprünglichen Fassung des Asylbewerberleistungsgesetzes gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 Leistungsberechtigte nach diesem Gesetz. Duldungsgründe sind z. B. drohende Folter, Todesstrafe, menschenunwürdige Behandlung, drohende Gefahr für Leib und Leben, Abschiebestopp und sonstige Abschiebehindernisse wie Krankheit.

15 Nach Nr. 5 sind auch vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer ohne Duldung Leistungsberechtigte

nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zu diesen Personen zählen Ausländer, die keinen Asylantrag gestellt haben und denen kein Aufenthaltstitel erteilt worden ist, Ausländer, die ihren Asylantrag zurück gezogen haben und Ausländer, die nach Ablehnung ihres Asylantrags noch nicht ausgeweist sind oder abgeschoben worden sind.

16 Gemäß Nr. 6 sind weitere Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Ehegatten, Lebenspartner und minderjährige Kinder der in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen, wenn sie selbst die dort genannten Voraussetzungen nicht erfüllen. Durch diese Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es Fälle gibt, in denen Familienangehörige oder Lebenspartner selbst keinen Asylantrag stellen oder selbst nicht vollziehbar zur Ausreise verpflichtet sind. Durch § 1 Abs. 1 Nr. 6 soll sichergestellt werden, dass grundsätzlich die Mitglieder eines solchen Haushalts leistungsberechtigt gleichbehandelt werden.

17 Nach Nr. 7 – eingefügt durch das Zuwanderungsgesetz – sind Ausländer leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, wenn sie einen Folgeantrag nach § 71 AsylVerfG oder einen Zweit-antrag nach § 71a AsylVerfG stellen. Sie sind damit leistungsberechtigt den Erstantragstellern gleichgestellt.

18 Nach § 1 Abs. 2 zählen abweichend von Absatz 1 Ausländer für die Zeit nicht zu den Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, für die ihnen ein anderer Aufenthaltstitel als die in § 1 Abs. 1 Nr. 3 bezeichnete Aufenthaltserlaubnis mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als sechs Monaten erteilt worden ist. Diese Menschen erhalten folglich Leistungen nach dem SGB XII.

19 Am 31. Dezember 2004 waren

- 93.946 Asylbewerber,
- 3.189 über einen Flughafen Einreisende,
- 829 Flüchtlinge mit einer Aufenthaltsbefugnis wegen des Krieges in ihrem Heimatland,
- 74.361 Ausländer mit einer Duldung,
- 20.645 sonstige vollziehbar zur Ausreise Verpflichtete und
- 37.178 Familienangehörige

leistungsberechtigt gemäß § 1 Abs. 1.

Insgesamt bezogen 230.148 Ausländer Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

### Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 3

20 Den Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz soll durch die in diesem Gesetz vorgesehenen Grundleistungen nach § 3 ein menschenwürdiger Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland ermöglicht werden. Der notwendige Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege sowie an Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts wird grundsätzlich durch Sachleistungen gedeckt. Der Umfang dieser Leistungen wird nicht im Einzelnen festgeschrieben, sondern durch den Begriff des „notwendigen Bedarfs“ abstrakt bestimmt; er ist durch die zuständige Behörde aufgrund der persönlichen Situation, der Art der Unterbringung und der örtlichen Gegebenheiten näher auszufüllen. Es hängt z. B. von der Art und der Ausstattung der Unterkunft ab, ob die Leistungsberechtigten eine Gemeinschaftsverpflegung erhalten oder ob ihnen Lebensmittel zur eigenen Zubereitung zur Verfügung gestellt werden. Indem der Gesetzgeber in § 3 den notwendigen Bedarf nennt, bestimmt er, dass ernährungsphysiologische Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Ebenso ist soweit wie möglich religiös bedingtem Ernährungsverhalten Rechnung zu tragen. Zu den Verbrauchsgütern des Haushalts zählen im Wesentlichen die Haushaltsenergie sowie Putz- und Reinigungsmittel. Gebrauchsgüter des Haushalts wie Hausrat, Bettwäsche, Handtücher usw. können leihweise zur Verfügung gestellt werden. Häufig sind die Unterkünfte mit diesen Gebrauchsgegenständen bereits ausgestattet. Zusätzlich zu diesen Grundleistungen wird ein monatlicher Geldbetrag von 40,90 Euro von Beginn des 15. Lebensjahres an bzw. von 20,45 Euro bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, das so genannte Taschengeld, gewährt (Die Geldbeträge in § 3 sind auch im Jahre 2006 noch in der Währung DM angegeben, da seit Einführung des Euro die erforderliche Verordnung zur Anpassung der Währung nicht zustande gekommen ist). In Abschiebungs- oder Untersuchungshaft genommene Leistungsberechtigte erhalten ein Taschengeld nur in Höhe von 70% dieser Beträge. Damit sind notwendige Ausgaben z. B. für Verkehrsmittel, Telefon, Porto, Schreibmittel, Lesestoff oder Genussmittel in kleinen Mengen zu bestreiten. Den Leistungsberechtigten wird dadurch eine gewisse Dispositionsfreiheit eingeräumt, ohne

dass aber die Höhe der Barbeträge einen ernsthaften Spielraum für zweckfremde Verwendung zulässt.

21 Von dem grundsätzlichen Vorrang der Sachleistungen kann abgewichen werden, wenn Leistungsberichtigte außerhalb von Erstaufnahmeeinrichtungen im Sinne des § 44 AsylVfG untergebracht sind. Eine Verpflichtung zum Wohnen in diesen Erstaufnahmeeinrichtungen besteht für Asylbewerber gemäß § 47 Abs. 1 AsylVfG für eine Zeit bis zu drei Monaten. Im Anschluss an die Zeit der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung sollen Asylbewerber während der Dauer ihres Asylverfahrens gemäß § 53 AsylVfG in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden. Eine anderweitige Unterbringung – z. B. die dezentrale Unterbringung in angemieteten Wohnungen oder Zimmern – ist damit nach dem Gesetz der Ausnahmefall. Sind Leistungsberichtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz außerhalb von einer Erstaufnahmeeinrichtung, also in einer Gemeinschaftsunterkunft oder dezentral, untergebracht, so können, soweit es nach den Umständen der Unterbringung oder nach den örtlichen Gegebenheiten erforderlich ist, anstelle von Sachleistungen Leistungen in Form von Wertgutscheinen, von anderen vergleichbaren unbaren Abrechnungen oder von Geldleistungen gewährt werden. Der Wert dieser Geldleistungen beträgt für den Haushaltsvorstand 184,07 Euro, für Haushaltsangehörige bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres 112,48 Euro und für Haushaltsangehörige von Beginn des 8. Lebensjahres an 158,50 Euro. Hinzu kommen jeweils noch das so genannte Taschengeld in Höhe von 40,90 Euro bzw. 20,45 Euro sowie Leistungen für Unterkunft, Heizung und Hausrat.

22 Am 31. Dezember 2004 bezogen insgesamt 230.148 Ausländer Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Davon waren 24.856 Ausländer in einer Erstaufnahmeeinrichtung, 87.022 Ausländer in einer Gemeinschaftsunterkunft und 118.270 Ausländer dezentral untergebracht.

Die Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Jahre 2004 von insgesamt 1,308 Mrd. Euro verteilten sich mit ca. 31% (405 Mio. Euro) auf Leistungen in Einrichtungen und mit rd. 69% (903 Mio. Euro) auf Leistungen außerhalb von Einrichtungen.

23 Um zu verhindern, dass Leistungen in Geld oder Geldeswert wie z. B. Wertgutscheine oder Kundenkontenblätter in falsche Hände geraten, ist gesetzlich vorgeschrieben, dass diese Leistungen den Leis-

tungsberechtigten oder einem volljährigen berechtigten Mitglied des Haushalts persönlich ausgehändigt werden sollen (vgl. § 3 Abs. 4).

Über den Wert der Sachleistungen gibt das Asylbewerberleistungsgesetz keine Auskunft. Vielmehr ist hier der von der Behörde jeweils im Einzelfall festzustellende notwendige Bedarf ausschlaggebend. Häufig wird als Orientierung der Wert der Geldleistungen zugrunde gelegt.

24 Die Gründe, die bei der Schaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes für das Sachleistungsprinzip sprachen, haben nach wie vor Geltung, so dass der Gesetzgeber trotz vielfacher Kritik an dem Sachleistungsprinzip festhält. Durch die grundsätzliche Gewährung von Sachleistungen anstelle von Geldleistungen wird die Möglichkeit ausgeschlossen, dass ein Leistungsberechtigter die empfangenen Leistungen in seine Heimat zur finanziellen Unterstützung dort zurückgebliebener Personen oder zur Zahlung von Geldleistungen an so genannte Schlepperorganisationen nutzt und so seine eigene Existenz nicht mehr gesichert ist. Ferner soll das Sachleistungsprinzip dazu beitragen, die Anziehungskraft der Bundesrepublik Deutschland für Flüchtlinge ohne politische, rassische oder religiöse Verfolgung zu verringern.

25 Kosten, die durch die Umsetzung des Sachleistungsprinzips entstehen (z. B. Kosten für die Zubereitung von Mahlzeiten in Gemeinschaftsunterkünften, Kosten für die Zusammenstellung von Essenspaketen oder Kosten im Zusammenhang mit der Aufstellung von Speiseplänen), sind Durchführungskosten und dürfen folglich keinen Einfluss auf die Qualität oder Quantität der zu gewährenden Sachleistungen haben. Mit den Sachleistungen muss der notwendige Bedarf im Sinne des § 3 Abs. 1 gedeckt werden; dieser darf nicht durch in Zusammenhang mit der Umsetzung des Sachleistungsprinzips entstehende Kosten geschmälert werden.

26 Von den knapp 757 Mio. Euro, die im Jahre 2004 für Grundleistungen nach § 3 ausgegeben wurden, entfielen rd. 279 Mio. Euro auf Sachleistungen, rd. 350 Mio. Euro auf Geldleistungen für den Lebensunterhalt, rd. 66 Mio. Euro auf Wertgutscheine und rd. 62 Mio. Euro auf das so genannte Taschengeld.

27 Die Tatsache, dass die Geldleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz rd. 20% niedriger sind als die Regelsätze nach dem SGB XII bedeutet nicht, dass damit das Existenzminimum der Leistungsbe-

rechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht mehr gesichert ist, denn die Leistungen nach dem SGB XII gehen über die bloße Sicherung des physischen Existenzminimums hinaus. Das ergibt sich schon daraus, dass das SGB XII selber die Möglichkeit von Kürzungen auf das zum Lebensunterhalt Unerlässliche vorsieht (vgl. § 26 Abs. 1 SGB XII). Ebenso ist es im Hinblick auf die Sicherung des Existenzminimums auch bei Ausländern, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, möglich, die Leistungen niedriger als die Regelsätze des SGB XII zu bemessen. Dass die Geldleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz unter den Regelsätzen des SGB XII liegen, wird damit begründet, dass den Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wegen ihres typischerweise nur vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland Integrationsleistungen nicht zu gewähren sind.

28 Gemäß § 3 Abs. 3 werden durch Rechtsverordnung jeweils zum 1. Januar eines Jahres die Beträge für die Geldleistungen, die ausnahmsweise anstelle von Sachleistungen gewährt werden können, und die Beträge für das so genannte Taschengeld neu festgesetzt, wenn und soweit dies unter Berücksichtigung der tatsächlichen Lebenshaltungskosten zur Deckung des notwendigen Bedarfs erforderlich ist. Eine solche Beträgeanpassung hat seit In-Kraft-Treten des Asylbewerberleistungsgesetzes am 1. November 1993 nicht stattgefunden.

### **Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt gemäß § 4**

29 § 4 regelt die Leistungen im Krankheitsfall. Danach werden ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder deren Folgen erforderliche Leistungen nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen gewährt. Welche Behandlung geboten ist, ist im Einzelfall unter medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Nicht eindeutig indizierte medizinische Behandlungen oder solche langfristiger Natur, die wegen der zeitlich begrenzten Dauer des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland voraussichtlich nicht abgeschlossen werden können, lösen keine Leistungspflicht aus. Zahnersatz kann nur in Ausnahmefällen gewährt werden, nämlich nur soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Bei



der Beurteilung, ob Maßnahmen des Zahnersatzes unaufschiebbar sind, ist folglich nicht auf die manchmal erheblich weiteren zahnmedizinischen Gesichtspunkte abzustellen. So kann bspw. das Schließen einer Lücke durch eine Zahnprothese aus zahnmedizinischen Gründen geboten sein, da sich andernfalls auch die Position der unmittelbar angrenzenden Zähne verändern kann. Für das Vorliegen medizinischer Gründe reicht dieser Sachverhalt aber noch nicht aus. Hier werden z. B. durch die Lücke entstehende massive Kaubeschwerden gefordert, die aber bei einer einzelnen Zahnlücke im Regelfall noch nicht auftreten.

Die Höhe der Kosten einer Maßnahme darf für die Entscheidung der zuständigen Behörde darüber, ob die Maßnahme von § 4 Abs. 1 gedeckt ist, nicht ausschlaggebend sein. Die Behörde hat vielmehr zu prüfen, ob die konkrete Maßnahme zu den im Sinne dieser Vorschrift erforderlichen Leistungen zählt.

Schwangeren und jungen Müttern werden die ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung sowie Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel gewährt. Diese Regelung ist im Wesentlichen dem früheren § 38 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes (nunmehr § 50 SGB XII) nachgebildet; Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz fehlt jedoch der Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen und auf häusliche Pflegeleistungen nach § 65 SGB XII.

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz können Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen oder unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vom 21. August 1995 (vgl. BGBl. I, S. 1054) in Anspruch nehmen.

Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der Teilnahme an amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Die freie Arztwahl ist somit für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ausgeschlossen. Die medizinische Versorgung kann durch das Gesundheitsamt, die Einrichtung von Arztpraxen in den Unterkünften, die Behandlung durch Vertragsärzte oder die Ausgabe von Krankenscheinen mit den im Gesetz vorgesehenen Einschränkungen durchgeführt werden.

30 Im Jahr 2004 wurden 272 Mio. Euro für Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt gemäß § 4 ausgegeben; das sind rd. 21% der Gesamtausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Jahr 2004.

### Sonstige Leistungen gemäß § 6

31 Im Hinblick darauf, dass es sich bei den Grundleistungen um pauschalierte Leistungen auf niedrigem Niveau handelt und dass auch die Leistungen im Krankheitsfall eingeschränkt sind, wird der zuständigen Behörde in § 6 die Möglichkeit eingeräumt, im Einzelfall zusätzliche Leistungen zu gewähren. Diese sonstigen Leistungen können insbesondere dann gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sind oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Diese Aufzählung im Gesetz ist nicht abschließend; das bedeutet, dass sonstige Leistungen auch in anderen, nicht ausdrücklich genannten Fällen gewährt werden können. Die sonstigen Leistungen sind wie auch die Grundleistungen im Regelfall in Form von Sachleistungen und nur bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistungen zu gewähren. Zu den sonstigen Leistungen zählen bspw. Hygienemittel, Babyausstattung und Windeln, Schwangerschaftsbekleidung und Sonderbedarfe bei Behinderung sowie ergänzende Leistungen für Diabetiker wie z. B. Krankenkost. Ferner können Seh- und Hörhilfen gewährt werden. Zu besonderen Bedürfnissen von Kindern zählen z. B. Schulsachen und Kosten für die Teilnahme an einem Ausflug oder einer Klassenfahrt. Zu unerlässlichen Kosten im Rahmen von verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflichten können Reisekosten zu Behörden und Übersetzungskosten gehören.

Durch Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung des Aufenthaltsgesetzes und weiterer Gesetze vom 14. März 2005 (BGBl. I, S. 721), in Kraft getreten am 15. März 2005, wurde § 6 um einen weiteren Absatz ergänzt. Danach soll Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Abs. 1 AufenthG besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden. § 6 Abs. 2 setzt Artikel 13 Abs. 4 der Richtlinie 01/55/EG des Rates vom 20.



Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und über Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbundenen Belastungen auf die Mitgliedstaaten in nationales Recht um. Danach soll aus humanitären Erwägungen bei der medizinischen Versorgung eine Privilegierung für vorübergehend geschützte Personen vorgesehen werden.

Während § 6 Abs. 1 als Ermessensnorm ausgestaltet ist, beinhaltet Abs. 2 eine Soll-Vorschrift.

32 Im Jahre 2004 wurden 23 Mio. Euro für sonstige Leistungen gemäß § 6 ausgegeben; das sind knapp 2% der gesamten Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

### **Arbeitsgelegenheiten gemäß § 5**

33 Gemäß § 5 sollen in Gemeinschaftsunterkünften Arbeitsgelegenheiten insbesondere zur Aufrechterhaltung und Betreibung der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden. Hierbei handelt es sich z. B. um die Reinigung von Gemeinschaftsräumen, die Pflege von Gartenanlagen, kleinere Renovierungsarbeiten wie Anstreichen, Hilfe in der Kleiderkammer oder in der Waschküche oder um die Betreuung von Kindern. Darüber hinaus sollen so weit wie möglich Arbeitsgelegenheiten bei staatlichen, kommunalen und gemeinnützigen Trägern zur Verfügung gestellt werden; Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Arbeit sonst nicht, nicht zu diesem Zeitpunkt oder nicht in diesem Umfang verrichtet würde. Der Arbeitsmarkt darf nämlich durch den Einsatz von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht beeinflusst werden, so dass die Heranziehung zu gemeinnützigen Arbeiten nicht anstelle, sondern nur zusätzlich zum Einsatz von Arbeitnehmern erfolgen darf.

Nicht erwerbstätige arbeitsfähige Leistungsberechtigte, die nicht mehr im schulpflichtigen Alter sind, sind zur Wahrnehmung einer zur Verfügung gestellten Arbeitsgelegenheit verpflichtet. Lehnen sie die Wahrnehmung einer solchen Tätigkeit unbegründet ab, so haben sie keinen Anspruch mehr auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Für die zu leistende Arbeit wird eine Aufwandsentschädigung von 1,05 Euro pro Stunde gezahlt.

Für die Ausübung von Tätigkeiten im Sinne des § 5 wird keine Arbeitserlaubnis nach dem Arbeitsförde-

rungsgesetz benötigt. Es liegt weder ein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts noch ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne der Vorschriften über die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung vor. Die Leistungsberechtigten, die eine Arbeitsgelegenheit nach § 5 wahrnehmen, sind somit weder renten- noch kranken-, pflege- oder arbeitslosenversichert.

34 Im Jahr 2004 wurden 12 Mio. Euro für Arbeitsgelegenheiten gemäß § 5 ausgegeben; das ist knapp 1% der gesamten Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

### **Nachrangigkeit der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 8**

35 § 8 Abs. 1 Satz 1 verankert das Subsidiaritätsprinzip im Asylbewerberleistungsgesetz. Das bedeutet, dass Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht gewährt werden, wenn der erforderliche Lebensunterhalt anderweitig gedeckt wird. Das ist z. B. bei Leistungen aufgrund von Unterhaltsansprüchen oder einer Verpflichtungserklärung nach § 68 Abs. 1 Satz 1 AufenthG der Fall.

### **Einsatz von Einkommen und Vermögen gemäß § 7**

36 Die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz werden gemäß § 7 nur dann gewährt, wenn Einkommen und Vermögen des leistungsberechtigten Ausländers und seiner Familienangehörigen vorher aufgebraucht worden sind. Das gleiche gilt auch für Einkommen und Vermögen eines Partners aus einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft. Eine Aufwandsentschädigung für die Wahrnehmung einer Arbeitsgelegenheit nach § 5 zählt nicht zum Einkommen im Sinne des § 7.

Ist ein Leistungsberechtigter in einer Einrichtung untergebracht, in der Sachleistungen gewährt werden, so sind, soweit Einkommen und Vermögen vorhanden sind, die Kosten für die gewährten Leistungen zu erstatten. Es handelt sich hierbei um 184,07 Euro für den Haushaltsvorstand, um 112,48 Euro für Haushaltsangehörige bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres und um 158,50 Euro für Haushaltsangehörige vom Beginn des 8. Lebensjahres an. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Heizung, für die Pauschalbeträge festgesetzt werden können.

Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit bleibt in Höhe von 25%, höchstens jedoch in Höhe von 60% des Betrages außer Betracht, der sich aus dem Taschengeld

und dem Betrag der ausnahmsweise zu gewährenden Geldleistungen errechnet. Das bedeutet, dass für den Haushaltsvorstand ein Betrag von maximal 134,98 Euro und für Haushaltsangehörige ein Betrag von maximal 119,64 Euro als Einkommen nicht angerechnet werden dürfen. Damit soll ein Anreiz zur Arbeitsaufnahme gegeben sein. Darüber hinaus sollen die mit der Erwerbstätigkeit verbundenen Mehrkosten wie etwa Fahrkosten abgedeckt werden.

37 Am 31. Dezember 2004 erhielten Angehörige von insgesamt 121.461 Haushalten Leistungen nach § 3 oder § 2. Davon setzten 15.194 Haushalte (12%) Einkommen und Vermögen ein.

### **Meldepflicht gemäß § 8a**

38 Gemäß § 8a sind Leistungsberechtigte, die eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, verpflichtet, dies spätestens am dritten Tag nach Aufnahme der Tätigkeit der zuständigen Behörde zu melden, damit die Behörde Kenntnis davon hat, dass Einkommen auf die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anzurechnen ist oder eine Erstattungspflicht auslöst. Wer vorsätzlich oder fahrlässig gegen diese Pflicht verstößt, indem er eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet, handelt ordnungswidrig im Sinne des § 13. Dieser Verstoß kann mit einer Geldbuße von bis zu 5.000,- Euro geahndet werden.

### **Sicherheitsleistungen gemäß § 7a**

39 § 7a greift, wenn Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei ihrer Einreise Vermögen bei sich haben, das gemäß § 7 vor dem Bezug von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aufgebraucht bzw. für eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift benutzt werden muss. Um zu gewährleisten, dass dieses Vermögen auch entsprechend eingesetzt wird, kann gemäß § 7a von Leistungsberechtigten wegen der ihnen und ihren Familienangehörigen zu gewährenden Leistungen entsprechende Sicherheit durch Sicherstellung dieser Vermögenswerte verlangt werden. Die Vorschrift über die Sicherheitsleistungen räumt ferner die Möglichkeit zur Vollstreckung ohne vorherige Androhung ein.

### **Dauer des Bezugs der abgesenkten Leistungen**

40 Nach der seit 1. Januar 2005 geltenden Fassung des Asylbewerberleistungsgesetzes gelten die

Vorschriften der §§ 3 bis 7, die Einschränkungen verglichen mit dem Leistungen nach dem SGB XII beinhalten, grundsätzlich für die Dauer von drei Jahren. Ein Leistungsberechtigter, der diese abgesenkten Leistungen drei Jahre lang bezogen hat, erhält gemäß § 2 Abs. 1 Leistungen entsprechend dem SGB XII, wenn er die Dauer seines Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst hat. Mit dieser Regelung unterscheidet der Gesetzgeber zwischen denjenigen Ausländern, die unverschuldet nicht ausreisen können – sie erhalten nach 36 Monaten Leistungen nach dem SGB XII – und denjenigen, die ihrer Ausreisepflicht rechtsmissbräuchlich nicht nachkommen – sie erhalten auch nach 36 Monaten weiter die abgesenkten Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Rechtsmissbräuchliches Verhalten im Sinne dieser Vorschrift stellt z. B. das Vernichten des Passes oder das Angeben einer falschen Identität dar.

Am 31. Dezember 2004 betrug die durchschnittliche Dauer des Bezugs von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 31,5 Monate.

41 Die Bezieher von Leistungen entsprechend dem SGB XII sind keine Sozialhilfeempfänger, sondern nach wie vor Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die demzufolge auch in der Asylbewerberleistungsstatistik nach § 12 und nicht in der Sozialhilfestatistik nach § 121 SGB XII geführt werden. Auf sie sind mit Ausnahme der §§ 3 bis 7 auch die Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetz anwendbar.

Sind Bezieher von Leistungen entsprechend dem SGB XII in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht, so entscheidet die zuständige Behörde aufgrund der örtlichen Umstände, ob die Leistungen als Sachleistungen oder als Geldleistungen gewährt werden.

42 Während im Jahre 2004 rd. 757 Mio. Euro für Grundleistungen nach § 3 ausgegeben wurden, beliefen sich die Leistungen entsprechend den sozialhilferechtlichen Vorschriften nach § 2 auf rd. 242 Mio. Euro.

### **Anspruchseinschränkung gemäß § 1a**

43 Durch das am 1. September 1998 in Kraft getretene Zweite Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes ist § 1a in das Gesetz eingefügt worden. Diese Vorschrift sieht unter bestimmten Voraussetzungen für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer eine Anspruchseinschränkung vor. Vollziehbar

ausreisepflichtige Ausländer, die nach Deutschland gekommen sind, um Leistungen zu erhalten (§ 1a Nr. 1) oder bei denen aus von ihnen zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können (§ 1a Nr. 2), erhalten nunmehr nur noch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist. Diese Regelung wurde zur Verhinderung von Sozialleistungsmissbrauch geschaffen.

Bei beiden im Gesetz genannten Fällen ist eine klare Abgrenzung zu solchen Fällen möglich, in denen kein Leistungsmissbrauch vorliegt. So gibt es zu Nr. 1 eine eindeutige Rechtsprechung. Eine vergleichbare Vorschrift enthält nämlich § 23 Abs. 3 SGB XII (zuvor § 120 Abs. 3 BSHG) für Ausländer, die keine Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, sondern Leistungen nach dem SGB XII erhalten. Nach der Rechtsprechung ist ein Ausländer in die Bundesrepublik Deutschland gekommen, um Leistungen zu erhalten, wenn der Sozialleistungsbezug für seine Einreise von prägender Bedeutung war. Die Tatsache, dass vor September 1998 eine entsprechende Regelung im Asylbewerberleistungsgesetz fehlte, stellte eine ungerechtfertigte Besserstellung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz dar, die durch das zweite Änderungsgesetz beseitigt wurde.

Unter § 1a Nr. 2 fallen z. B. vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer, die ihre Identität verschleiern, ihre Ausweispapiere vernichtet haben oder ihre Abschiebung durch Widerstandshandlungen oder auf andere von ihnen zu vertretende Weise vereiteln. Von Nr. 2 erfasst werden darüber hinaus Personen, die zwar den Verlust ihres Passes nicht zu vertreten haben – so z. B. wenn dieser durch Behörden in der Heimat eingezogen wurde –, die jedoch ihre Mitwirkung bei der Beschaffung von Passersatzpapieren verweigern. Dagegen hat ein vollziehbar ausreisepflichtiger Ausländer nicht zu vertreten, dass er nicht abgeschoben werden kann, wenn seine Ausweispapiere durch Heimatbehörden eingezogen wurden, er in der Bundesrepublik Deutschland jedoch bei der Beschaffung von Passersatzpapieren mitwirkt; hier greift § 1a Nr. 2 folglich nicht.

44 Über das Ausmaß einer Anspruchseinschränkung im Sinne des § 1a wird jeweils im konkreten Einzelfall, orientiert an den individuellen Umständen, entschieden. Das ist Ausdruck des ohnehin im

Asylbewerberleistungsgesetz gültigen Grundsatzes, nach dem jede Leistung individuell auf den Einzelfall zugeschnitten sein muss. Wie im Bericht des Bundestagsausschusses für Gesundheit (vergleiche Bundestags-Drucksache 13/11172) klargestellt ist, sind im Falle einer Anspruchseinschränkung in der Regel Sachleistungen in Gemeinschaftsunterkünften zu gewähren; bis auf besondere Ausnahmen wird das so genannte Taschengeld von 40,90 Euro bzw. 20,45 Euro entfallen. Es handelt sich bei der Rechtsfolge des § 1a zwar um einen unbestimmten Rechtsbegriff. § 1a sieht aber keine Ermessensregelung vor, so dass das gemäß § 1a im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar Gebotene gerichtlich voll überprüfbar ist.

### **Leistungen im Falle des Verstoßes gegen räumliche Beschränkungen gemäß § 11 Abs. 2**

45 Gilt für einen Leistungsberechtigten eine asyl- oder ausländerrechtliche räumliche Beschränkung und befolgt er diese Beschränkung nicht, so darf die Behörde an dem tatsächlichen Aufenthaltsort gemäß § 11 Abs. 2 nur die nach den Umständen unabweisbar gebotene Hilfe leisten. Dies gilt auch für den Krankheitsfall. Darunter sind in der Regel eine Fahrkarte an den zugewiesenen Aufenthaltsort und Reiseproviant sowie unaufschiebbare Maßnahmen der Krankenhilfe zu verstehen.

### **Durchführung, Zuständigkeit und Kosten- erstattung gemäß §§ 10, 10a und § 10b**

46 Gemäß Artikel 83 GG führen die Länder das Asylbewerberleistungsgesetz als eigene Angelegenheit aus. Sie sind dementsprechend für die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren zuständig und tragen gemäß Artikel 104a Abs. 1 GG die durch das Gesetz entstehenden Kosten.

47 Nach § 10 AsylbLG bestimmen die Landesregierungen oder die von ihnen beauftragten obersten Landesbehörden die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden und Kostenträger und können Näheres zum Verfahren festlegen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz enthielt in seiner ursprünglichen Fassung keine Regelung über die örtliche Zuständigkeit. Die Praxis hat jedoch gezeigt, dass in den Fällen, in denen sich der Leistungsbechtigte im Zuständigkeitsbereich einer anderen als der für ihn für zuständig erklärten Behörde aufhielt

und diese Behörde mit Leistungen eintreten musste, häufig Unklarheit darüber bestand, wer letztendlich die Kosten zu tragen hatte. Für diese Fälle wurden durch das Erste Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes detaillierte Regelungen über die örtliche Zuständigkeit und über die Kostenerstattung eingeführt.

Die Bestimmung über die örtliche Zuständigkeit (§ 10a) ist in ihrem Kern § 97 BSHG – nunmehr § 98 SGB XII - unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse und des betroffenen Personenkreises des Asylbewerberleistungsgesetzes nachgebildet.

Ebenfalls orientiert an den entsprechenden Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes (§§ 103, 107 BSHG – nunmehr §§ 106 SGB XII) ist die Regelung über die Kostenerstattung (§ 10b) zwischen den zuständigen Behörden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

### Verhältnis zu anderen Bestimmungen

48 Gemäß § 9 Abs. 1 erhalten Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz keine Leistungen nach SGB XII oder vergleichbaren Landesgesetzen. Das Asylbewerberleistungsgesetz ist nachrangig; das bedeutet, dass Leistungen anderer, besonders Unterhaltspflichtiger, Träger von Sozialleistungen oder der Länder durch das Asylbewerberleistungsgesetz nicht berührt werden.

Das Asylbewerberleistungsgesetz ist kein Teil des Sozialgesetzbuches. Deshalb gelten grundsätzlich die Verwaltungsverfahrensgesetze der Länder. Einige Vorschriften des Sozialgesetzbuches werden jedoch im Asylbewerberleistungsgesetz ausdrücklich für anwendbar erklärt:

Hierbei handelt es sich um die Vorschriften über die Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten (§§ 60 bis 67 SGB I) und die Auskunftspflicht Dritter (§ 99 SGB X) – vergleiche § 7 Abs. 4.

In § 9 Abs. 3 werden die Vorschriften über die Rücknahme, den Widerruf und die Aufhebung von Verwaltungsakten sowie die Erstattung von zu Unrecht erbrachten Leistungen (§§ 44 bis 50 SGB X) für anwendbar erklärt.

Nach § 9 Abs. 3 sind auch die Vorschriften über die Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander (§§ 102 bis 114 SGB X) entsprechend anwendbar.

§ 9 Abs. 4 bestimmt, dass § 120 SGB XII und die aufgrund dieser Vorschrift oder des § 120 BSHG erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend anwendbar sind. Die aufgrund des § 120 BSHG erlassene Sozialhilfedatenabgleichsverordnung dient der Verhinderung von Sozialleistungsmisbrauch und gilt damit auch für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz entsprechend. Danach ist der automatisierte Datenabgleich zwischen den für das Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden untereinander möglich. Darüber hinaus wird auch der Abgleich im automatisierten Verfahren mit bestimmten Daten über Leistungen der Bundesagentur für Arbeit und der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungsträger ermöglicht. Abgleiche nach der Sozialhilfedatenabgleichsverordnung werden seit April 1998 jeweils bezogen auf das vorangegangene Kalendervierteljahr vierteljährlich durchgeführt. Seit Januar 2002 können die Daten der Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zusätzlich daraufhin überprüft werden, ob die Leistungsempfänger Freistellungsaufträge über nicht angegebene Vermögen erteilt haben. Mit den Datenabgleichen soll ungerechtfertigter Bezug von Sozialleistungen verhindert werden.

Der durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes eingefügte § 11 Abs. 3 ermöglicht den automatisierten Datenabgleich zwischen den für die Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes zuständigen Behörden und den Ausländerbehörden.

### Asylbewerberleistungsstatistik gemäß § 12

49 Gemäß § 12 wird eine Asylbewerberleistungsstatistik über die Leistungsbezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sowie über die anfallenden Ausgaben und Einnahmen geführt. Damit soll sichergestellt werden, dass die für politische Entscheidungen sowie für Zwecke der Planung und der Fortentwicklung des Asylrechts unabdingbar notwendigen Daten zur Verfügung stehen. Erhebungsinhalte und Erhebungsverfahren orientieren sich dabei weitgehend an der Bundesstatistik gemäß § 121 SGB XII. Für die Erhebungen besteht grundsätzlich Auskunftspflicht. Auskunftspflichtig sind die für die Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes zuständigen Stellen. Erhebungsmerkmale sind für jeden Leistungsberechtigten Geschlecht, Geburtsmonat und Geburtsjahr sowie Staatsangehörigkeit, aufenthaltsrechtlicher Status und Stellung zum Haushaltsvorstand.

Weitere Erhebungsmerkmale richten sich nach der Art der Erhebung.

Das Statistische Bundesamt ist zuständig für die Durchführung der Erhebungen. Die ersten Erhebungen über das Asylbewerberleistungsgesetz beziehen sich auf das Jahr 1994.

## Zuständige oberste Landesbehörden in den Bundesländern

50 In den Bundesländern sind – wie sich aus der folgenden Aufstellung ergibt – zum Teil die Innenressorts, zum Teil die Sozialressorts für die Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes zuständig:

**Baden-Württemberg:**

Innenministerium Baden-Württemberg, Dorotheenstraße 6, 70173 Stuttgart

**Bayern:**

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen Winzererstraße 9, 80797 München

**Berlin:**

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin, Oranienstraße 106, 10969 Berlin

**Brandenburg:**

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Heinrich-Mann-Allee 103, 14473 Potsdam

**Bremen:**

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien und Hansestadt Bremen, Bahnhofsplatz 29, 28195 Bremen

**Hamburg:**

Behörde für Soziales und Familie, Hamburger Straße 47, 22081 Hamburg

**Hessen:**

Hessisches Sozialministerium, Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden

**Mecklenburg-Vorpommern:**

Innenministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Karl-Marx-Straße 1, 19055 Schwerin

**Niedersachsen:**

Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport, Lavesallee 6, 30169 Hannover

**Nordrhein-Westfalen:**

Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf

**Rheinland-Pfalz:**

Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz, Schillerplatz 3-5, 55116 Mainz

**Saarland:**

Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport, Mainzer Str. 136, 66121 Saarbrücken

**Sachsen:**

Sächsisches Staatsministerium des Innern, Wilhelm-Buck-Straße 2, 01097 Dresden

**Sachsen-Anhalt:**

Ministerium des Innern des Landes Sachsen-Anhalt, Halberstädter Straße 2, 39112 Magdeburg

**Schleswig-Holstein:**

Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, Düsternbrookerweg 92, 24105 Kiel

**Thüringen:**

Thüringer Innenministerium, Steigerstraße 24, 99096 Erfurt

51 Nordrhein-Westfalen ist das Bundesland, das auch im Jahre 2003 mit Abstand für die meisten Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständig war. Am 31. Dezember 2004 fielen von insgesamt 231.495 Leistungsempfängern 65.760 in die Zuständigkeit dieses Bundeslandes; das waren rd. 28% aller Leistungsempfänger. Gefolgt wurde Nordrhein-Westfalen von Niedersachsen mit 28.512 Leistungsempfängern (rd. 12%). Dahinter kamen Baden-Württemberg mit 19.301 (rd. 8%), Hessen mit 19.190 (rd. 8%) und Bayern mit 17.190 (rd. 7%) Leistungsempfängern.

## Leistungen an Ausländer nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

52 Gehört ein Ausländer keiner der in § 1 Abs. 1 genannten Personengruppen an, so erhält er im Falle



seiner Bedürftigkeit Leistungen nach dem SGB XII gemäß § 23 SGB XII. Nach § 23 Abs. 1 SGB XII haben Ausländer, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, im Falle ihrer Bedürftigkeit einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie auf Hilfe zur Pflege. Auf darüber hinaus gehende Leistungen besteht kein Anspruch; sie können gewährt werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Diese im Ermessen der Behörde stehenden Leistungen sind die Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage, die vorbeugende Gesundheitshilfe, die Hilfe zur Familienplanung, die Hilfe bei Sterilisation, die Eingliederungshilfe für Behinderte, die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten sowie die Hilfe in anderen Lebenslagen (z. B. Altenhilfe und Blindenhilfe). Ein Unterschied zu deutschen Sozialhilfeempfängern besteht bei diesen für Ausländer ins Ermessen der Behörde gestellten Leistungen insofern, als mit Ausnahme der Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage die genannten Hilfen für deutsche Sozialhilfeempfänger gewährt werden sollen oder müssen.

Die Einschränkungen, verglichen mit den Leistungen an Deutsche, gelten gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XII nicht für Ausländer, die im Besitz einer Aufenthaltsberechtigung oder einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis sind und sich voraussichtlich dauerhaft im Bundesgebiet aufhalten.

Der Verhinderung von Sozialleistungsmisbrauch dient § 23 Abs. 3 SGB XII. Danach haben Ausländer,

die sich in die Bundesrepublik Deutschland begeben haben, um Sozialhilfe zu erlangen, keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Sind sie zwecks Behandlung oder Linderung einer Krankheit nach Deutschland gekommen, soll Hilfe bei Krankheit insoweit nur zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder für eine unaufschiebbare oder unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung geleistet werden. Diese Vorschrift korrespondiert mit dem durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes in das Asylbewerberleistungsgesetz eingefügten § 1a, der eine entsprechende Regelung für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer darstellt (Rdnr. 43 f).

Nach § 23 Abs. 5 SGB XII darf Ausländern in den Teilen Deutschlands, in denen sie sich einer ausländerrechtlichen räumlichen Beschränkung zuwider aufhalten, der für den tatsächlichen Aufenthaltsort zuständige Träger der Sozialhilfe nur die nach den Umständen unabweisbar gebotene Hilfe leisten. Das gleiche gilt auch für Ausländer, die eine räumlich nicht beschränkte Aufenthaltsbefugnis besitzen, wenn sie sich außerhalb des Bundeslandes aufhalten, in dem die Aufenthaltsbefugnis erteilt worden ist. D. h., dass das Aufenthaltsrecht den Ausländern zwar erlaubt, sich überall in der Bundesrepublik Deutschland aufzuhalten, die Ausländer sich jedoch für den Bezug von Leistungen nach dem SGB XII in dem Bundesland aufhalten müssen, in dem ihnen die Aufenthaltsbefugnis erteilt worden ist. Ziel dieser Regelung ist es, der illegalen Binnenwanderung zu begegnen und unverhältnismäßige Mehrbelastungen einzelner Sozialhilfeträger zu verhindern.



## Aufgaben des Lastenausgleichs

### Allgemeines

1 Ziel des Lastenausgleichs ist es, für Schäden und Verluste, die sich infolge der Zerstörungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit, der Neuordnung des Geldwesens bei der Währungsreform 1948 sowie der Vertreibung während und nach dem Krieg ergeben haben, einen Ausgleich nach den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit und unter Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Möglichkeiten herbeizuführen. Durch die Annahme von Leistungen begibt sich der Berechtigte nicht seines Rechts auf Geltendmachung von Ansprüchen auf Rückgabe zurückgelassenen Vermögens. Eingeschlossen in den Lastenausgleich sind die in der ehemaligen DDR entstandenen Vermögensschäden, die dort durch den Krieg und die politischen Verhältnisse der Nachkriegszeit bewirkt worden sind sowie Vertreibungsschäden von Aussiedlern (Aussiedlungsschäden).

2 Bis Ende 2005 wurden Leistungen zugunsten der Geschädigten in einem Gesamtvolumen von rd. 65,3 Mrd. Euro erbracht. Die Jahresleistung des Lastenausgleichs betrug 2005 rd. 70,8 Mio. Euro.

### Entwicklung des Lastenausgleichs

3 Nach dem Krieg von 1870/71 wurde der Zivilbevölkerung erstmalig der materielle Schaden ersetzt, der durch den Krieg entstanden war. Im Ersten Weltkrieg entstanden zum Ausgleich von Kriegsschäden weitere gesetzliche Regelungen, die allerdings nur zu Teilentschädigungen führten. Im Anschluss an den Versailler Vertrag vom 28.06.1919 ergingen von 1923 bis 1928 Gesetze über die Entschädigung der in den abgetretenen Gebieten enteigneten Deutschen. Es wurden etwa 10,4 Mrd. Mark für rd. 390.000 Schadensfälle aufgewendet.

4 Im Verlauf des Zweiten Weltkriegs wurden ebenfalls Regelungen über die Sachschäden, deren Fest-

stellung, die Ersatzbeschaffung und über Leistungen für den Lebensunterhalt in solchen Fällen erlassen. 1945 wurden diese Regelungen suspendiert. Im August 1949 trat im damaligen Vereinigten Wirtschaftsgebiet das Gesetz zur Milderung dringender sozialer Notstände (Soforthilfegesetz) in Kraft. Die Länder der französischen Besatzungszone schlossen sich alsbald mit gleichlautenden Gesetzen an. Alle diese Gesetze sahen als Vorläufer des Lastenausgleichsgesetzes in erster Linie Hilfen zum Lebensunterhalt vor; die Durchführung erforderte über 6 Mrd. DM (3,1 Mrd. Euro). 1952 erging eine gesetzliche Regelung über die Feststellung von Vertreibungsschäden und Kriegssachschäden, die zur Vorbereitung des Lastenausgleichs diente (Feststellungsgesetz). Dem Lastenausgleichsgesetz, ebenfalls von 1952, schlossen sich das Gesetz über den Währungsausgleich von Sparguthaben Vertriebener (Währungsausgleichsgesetz) vom selben Jahr und das Gesetz zur Milderung der Härten der Währungsreform (Altsparengesetz) von 1953 an. Das Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz von 1965 hat die 1969 erfolgte Einbeziehung von Vermögensschäden in der früheren DDR in die Hauptentschädigung des Lastenausgleichs vorbereitet; das Gesetz zur Abgeltung von Reparations-, Restitutions-, Zerstörungs- und Rückerstattungsschäden (Reparationsschädengesetz) von 1969 sieht die Entschädigung für bestimmte, im Lastenausgleich bis dahin nicht erfasste Schadenstatbestände vor. Seitdem sind diese Gesetze vielfach ergänzt und verbessert worden, jedoch blieb die Struktur des gesamten Gesetzgebungswerks erhalten. Im Laufe der Jahre wurde die Lastenausgleichsgesetzgebung durch 34 Novellen verbessert und der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert; zahlreiche Rechtsverordnungen regelten Pflichten und Ansprüche im einzelnen. Mit dem 28. Gesetz zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes wurde die bisher noch in gewissem Umfang bestehende Benachteiligung der Flüchtlinge aus der ehemaligen DDR gegenüber den Heimatvertriebenen

und Kriegssachgeschädigten hinsichtlich der Hauptschädigung beseitigt. 1987 wurden Schäden, die einem Aussiedler vor dem 01.01.1992 im Zusammenhang mit der Aussiedlung entstanden sind, in den Lastenausgleich einbezogen.

Soweit es die Gesetzgebung betrifft, wurde der „klassische“ Lastenausgleich, also der die Leistungen betreffende Bereich, durch das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz vom 21.12.1992 zum Abschluss gebracht. Antragsberechtigt (bis zum 31.12.1995) waren danach nur noch Aussiedler, die vor dem 01.01.1993 ihren ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland genommen hatten. Allerdings wird die Ausgleichsverwaltung noch ca. ein bis zwei Jahre mit der Erledigung von 1.200 offenen Feststellungsanträgen (Bodensatz) und deutlich länger mit der Betreuung der noch vorhandenen rd. 14.000 Empfänger von Kriegsschadenrente befasst sein.

5 Der Lastenausgleich hat einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass aus dem Chaos des Zusammenbruchs nach dem Zweiten Weltkrieg heraus der Wiederaufbau rascher als erwartet durchgeführt werden konnte, und dass in den ersten Nachkriegsjahren etwa 10 Mio. Vertriebene und Flüchtlinge im Allgemeinen reibungslos eingegliedert oder jedenfalls vor akuter Not bewahrt werden konnten.

6 Das Recht des Lastenausgleichs wurde wegen seines auslaufenden Charakters nicht in das Sozialgesetzbuch einbezogen.

### Folgen des Zweiten Weltkriegs

7 Als Folge des Zweiten Weltkriegs sind von den fast 17 Mio. Deutschen, die in den Gebieten jenseits der Oder-Neiße-Linie und in den sonstigen Vertreibungsgebieten wohnten, bis 1950 mehr als 14 Mio. vertrieben worden, von denen rd. 7,7 Mio. Personen die Bundesrepublik Deutschland erreicht haben; rd. 4 Mio. gelangten zunächst in die damalige Sowjetische Besatzungszone und in andere Aufnahmegebiete, 2,1 Mio. sind umgekommen oder werden vermisst. In den Heimatgebieten zurückgehalten oder zurückgeblieben sind rd. 2,6 Mio. Personen. Seit 1950 gelangten von den in den Heimatgebieten zurückgebliebenen Deutschen und ihren Nachkommen bis Ende 2005 weitere ca. 4,5 Mio. Personen in die Bundesrepublik Deutschland.

8 Mit der Wiedervereinigung Deutschlands ist der Tatbestand der „Übersiedlung aus der DDR“ weggefallen. Personen, die seither aus den neuen Ländern

in die alten Länder zuziehen, werden nicht gesondert erfasst. Nach wie vor kommen aber Deutsche als Aussiedler aus den ehemaligen Vertreibungsgebieten zu uns. Waren es 1990 nochmals rd. 397.000 Personen, so hatte sich ihre Zahl seit 1991 bei rd. 220.000 bis 230.000 eingependelt (1991: 221.000, 1992: 230.000, 1995: 218.000). Ab 1996 sind die Zahlen rückläufig (1996: 180.000, 1997: 135.000, 1998 und 1999: 100.000, 2000: 96.000, 2001: 98.000, 2002: 91.000, 2003: 73.000, 2004: 59.000 und 2005 36.000). Der ganz überwiegende Teil dieser Aussiedler stammt aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion.

9 Durch die Kriegseignisse und Kriegsfolgen gingen Vermögenswerte in kaum schätzbarer Höhe verloren. Allein für Zwecke des Lastenausgleichs wurden in über 6,4 Mio. Fällen Schäden mit einem Gesamtbetrag von über 63 Mrd. RM festgestellt. Außerdem wurde in über 13 Mio. Fällen der Verlust von Hausrat und in rd. 3,2 Mio. Fällen im Rahmen des Währungsausgleichsgesetzes für Vertriebene der Verlust von Spareinlagen festgestellt.

### Personenkreis

10 Der Lastenausgleich sieht Ausgleichsleistungen an Personen vor, die Schäden an ihrem Vermögen oder in ihrer Existenzgrundlage erlitten haben. Es handelt sich um Kriegssachschäden (in der Zeit vom 26.08.1939 bis zum 31.07.1945) innerhalb der Bundesrepublik, um Vertreibungsschäden, die im Zusammenhang mit den gegen Deutsche gerichteten Vertreibungsmaßnahmen oder im Zusammenhang mit der Aussiedlung entstanden sind, um Ostschäden, die in den Ostgebieten des Deutschen Reichs nach dem Gebietsstand 1937 entstanden und nicht Vertreibungsschäden sind und um durch die Währungsumstellung 1948 entstandene Sparerschäden. Ferner wurden Schäden in der ehemaligen DDR nach dem Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz berücksichtigt. Nach der Wiedervereinigung müssen allerdings die hierauf erbrachten Leistungen vielfach infolge Schadensausgleichs zurückgefordert werden (Rdnr. 66).

11 Von Ausgleichsleistungen ausgeschlossen sind die Personen, denen Schäden und Verluste an Vermögensgegenständen oder Wirtschaftsgütern entstanden sind, die sie in Ausnutzung von Maßnahmen der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft oder durch eine sonstige unerlaubte Handlung erworben haben,

oder die gegen die Grundsätze der Menschlichkeit verstoßen haben.

## Leistungen

### Leistungsarten

*12* Die Ausgleichsleistungen werden als Leistungen mit Rechtsanspruch und Leistungen ohne Rechtsanspruch gewährt.

*13* Bei den Leistungen mit Rechtsanspruch handelt es sich um Hauptentschädigung, Kriegsschadenrente, Hausratentschädigung, Entschädigung im Währungsausgleich für Sparguthaben Vertriebener und Entschädigung nach dem Altsparengesetz.

*14* Bei den Leistungen ohne Rechtsanspruch handelt es sich insbesondere um Eingliederungsdarlehen, um als Härteleistung gewährte laufende Beihilfe und sonstige Förderungsmaßnahmen, wobei hier insbesondere die Ausbildungshilfe zu nennen ist. Im Wesentlichen sind diese Leistungsbereiche schon seit längerem abgewickelt, so dass hierauf nicht mehr näher eingegangen wird.

*15* Zu den Leistungen der Sozialen Sicherung im Sinne dieser Darstellung zählen aber nur die Kriegsschadenrente und die der Kriegsschadenrente vergleichbare laufende Beihilfe. Diese stellen für die alten und die erwerbsunfähigen Geschädigten hauptsächlich die soziale Sicherung dar, indem sie diese Geschädigten durch die Schaffung einer Vollversorgung von Leistungen der Sozialhilfe und von Verwandten unabhängig machen.

### Kriegsschadenrente

*16* Die Kriegsschadenrente vereinigt in sich das Prinzip der sozialen Sicherung mit dem Prinzip der Entschädigung aus dem Lastenausgleich. Sie wird – wenn bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden – in zwei Formen gewährt, von denen jede für sich allein oder beide nebeneinander in Betracht kommen können, als Unterhaltshilfe und als Entschädigungsrente. Zweck der Unterhaltshilfe ist in erster Linie die Sicherung des laufenden Lebensbedarfs. Zusätzlich zur Unterhaltshilfe können Leistungen der Krankenversorgung einschließlich der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie der Pflegeversicherung und ein Sterbegeld gewährt werden. Die Entschädigungsrente ist dagegen überwiegend Schadensausgleich in Form

einer Rente. Nach einem Höchststand 1960 mit fast 800.000 Beziehern von Kriegsschadenrente wurde am 31.12.2005 noch an rd. 14.000 Personen Kriegsschadenrente gezahlt.

### Voraussetzungen für die Kriegsschadenrente

*17* Anspruchsberechtigt ist der unmittelbar Geschädigte, also z. B. der Vertriebene, der Eigentümer eines kriegssachbeschädigten oder ausgebombten Hauses oder der Berechtigte aus einem Sparbuch. Sofern dieser die Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsvoraussetzungen für die Gewährung der Kriegsschadenrente nicht erfüllt oder vor der Antragstellung verstorben ist, steht das Antragsrecht seinem Ehegatten zu. Stirbt der Berechtigte während des Bezugs von Kriegsschadenrente, so wird diese im Allgemeinen an den überlebenden Ehegatten dann weitergezahlt, wenn die Witwe im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten das 45. Lebensjahr oder der Witwer das 65. Lebensjahr vollendet hatte oder erwerbsunfähig ist oder wenn und solange eine Witwe für mindestens ein im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten zu ihrem Haushalt gehörendes Kind zu sorgen hat. Nach dem Tod des unmittelbar Geschädigten und seines Ehegatten kam bis zum 31.12.2005 auch eine alleinstehende Tochter als Anspruchsberechtigte in Betracht, wenn sie mit ihren Eltern oder einem Elternteil bis zu deren/dessen Tode mindestens ein Jahr im gemeinsamen Haushalt gelebt und während dieses Zeitraums anstelle einer Erwerbstätigkeit für ihre Angehörigen hauswirtschaftliche Arbeit geleistet hatte und sie Erbin des verlorenen Vermögens geworden wäre. Die Rechtsnachfolge der alleinstehenden Tochter wurde durch das 34. Gesetz zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes vom 21.07.2004 (BGBl. I, S. 1742) mit Wirkung zum 01.01.2006 aufgegeben, weil ein Kausalzusammenhang zwischen der fehlenden Altersvorsorge und einem Vermögensverlust im Laufe der Jahre immer seltener anerkannt werden konnte.

*18* Kriegsschadenrente setzt einen Vertreibungsschaden, einen Kriegssachschaden, einen Ostschaden oder einen Sparer Schaden voraus.

*19* Bei den Vertreibungs-, Kriegssach- und Ostschäden sind die wichtigsten die Verluste oder Schäden an Wirtschaftsgütern, die zum land- oder forstwirtschaftlichen Vermögen, Grundvermögen oder Betriebsvermögen gehören, sowie an Gegenständen, die für die Berufsausübung oder wissenschaftliche Forschung erforderlich sind. Bei den Vertreibungs- und Ostschäden werden ferner Schäden an Reichs-

markspareinlagen, an anderen privatrechtlichen geldwerten Ansprüchen (bspw. Hypotheken), an Gesellschaftsanteilen und an Gewerbeberechtigungen berücksichtigt.

20 Sparerschäden sind nur die Verluste an Sparanlagen oder Spareinlagen, die durch die Währungsreform 1948 im Bundesgebiet dadurch entstanden sind, dass sie im Verhältnis 10:1 oder in einem ungünstigeren Verhältnis oder überhaupt nicht auf die neue Währung umgestellt wurden. Die wichtigsten Sparerschäden sind die an Sparguthaben bei Banken und Sparkassen, an Wertpapieren, an Ansprüchen aus Lebensversicherungsverträgen sowie an Grundpfandrechten (Hypotheken, Grund- und Rentenschulden).

21 Bei Vertreibungs-, Kriegssach- und Ostschäden bildet der Verlust der beruflichen oder sonstigen Existenzgrundlage (Existenzverlust) einen besonderen und in der Praxis sehr häufigen Schadenstatbestand. Schadensgrundlage ist hier nicht ein Vermögensverlust, sondern der Verlust von laufenden Einkünften. Maßgebend sind hierfür in den Regelfällen die Einkünfte, die der Geschädigte und sein Ehegatte in den Jahren 1937, 1938 und 1939 gehabt und später verloren haben. Der Existenzverlust wird bereits anerkannt, wenn die Einkünfte im Durchschnitt der genannten Jahre 35 RM monatlich betragen haben.

22 Vermögensschäden werden nach den Vorschriften des Feststellungsgesetzes, Sparerschäden und der Existenzverlust werden nach dem Lastenausgleichsgesetz festgestellt. Die Grundbeträge von Ehegatten (bei Vermögensschäden) und ihre Einkünfte (bei Existenzverlust) werden zusammengerechnet. Auch die Höhe des Schadens wirkt sich auf die Kriegsschadenrente in bestimmtem Umfang aus.

### **Persönliche Voraussetzungen**

23 Kriegsschadenrente ist in erster Linie eine Altersrente. Sie wird wegen vorgeschrittenen Lebensalters gewährt, wenn der Geschädigte bei Antragstellung das 65. (eine Frau das 60.) Lebensjahr vollendet hat. Für die früheren Regelfälle konnte Kriegsschadenrente nur gewährt werden, wenn der Geschädigte vor dem 01.01.1890 (eine Frau vor dem 01.01.1895) geboren war und der Antrag bis spätestens 31.12.1970 gestellt wurde.

24 Kriegsschadenrente wird auch wegen Erwerbsunfähigkeit gewährt. Erwerbsunfähig ist, wer dauernd außerstande ist, durch seine Kräfte und Fähigkeiten entsprechende und ihm billigerweise

zumutbare Tätigkeit die Hälfte dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Menschen derselben Art und in derselben Wohngegend zu verdienen pflegen. Erwerbsunfähigen gleichgestellt ist eine alleinstehende Frau ohne Rücksicht auf ihr Lebensalter, wenn sie bei Antragstellung für mindestens drei zu ihrem Haushalt gehörende Kinder zu sorgen hatte. Kriegsschadenrente wegen Erwerbsunfähigkeit konnte im Regelfall nur gewährt werden, wenn die Erwerbsunfähigkeit ein Jahr nach In-Kraft-Treten des Lastenausgleichsgesetzes vorgelegen hatte und der Antrag bis zum 31.12.1955 gestellt wurde.

25 Die Beschränkung auf bestimmte Geburtsjahrgänge bzw. Stichtage für das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit verhindert, dass Personen nachträglich Jahr für Jahr in die Kriegsschadenrente hineinwachsen. Von den Geschädigten, die eine Kriegsschadenrente nicht erhalten können, wird erwartet, dass sie sich trotz der erlittenen Verluste noch selbst eine ausreichende Versorgung schaffen können. Mit dem 33. Gesetz zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes vom 16.12.1999 wurde die Möglichkeit des Hineinwachsens generell beendet. Eine Antragsberechtigung bestand danach nur noch für Personen, die spätestens am 31.12.1999 die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsschadenrente erfüllt hatten.

26 Hinsichtlich der Antragsfristen für die Kriegsschadenrente galten für Personen, die erst später in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind, Besonderheiten. Sie brauchten weder den sonst bestimmten Geburtsjahrgängen anzugehören noch bereits ein Jahr nach In-Kraft-Treten des Lastenausgleichsgesetzes erwerbsunfähig gewesen zu sein. In bestimmten Fällen genügte es, wenn sie bei Aufenthaltnahme in der Bundesrepublik Deutschland, spätestens jedoch am 31.12.1971, das 65. (Frauen das 60.) Lebensjahr vollendet hatten oder erwerbsunfähig waren. Bei Aussiedlern und nach dem 31.12.1964 zugezogenen anerkannten Flüchtlingen aus der DDR endete die Antragsfrist zwei Jahre nach Ablauf des Monats, in dem der ständige Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland genommen wurde, in bestimmten Fällen zwei Jahre nach Ablauf des Monats, in dem der Geschädigte das 65. (Frauen das 60.) Lebensjahr vollendet hatte oder in dem Erwerbsunfähigkeit eingetreten war. Für Personen, die die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsschadenrente bis zum 31.12.1999 erfüllt hatten, endete die Antragsfrist spätestens am 30.06.2000. Nach dieser Ausschlussfrist können Anträge in keinem Fall mehr gestellt werden.

**Bemessung der Kriegsschadenrente**

27 Die beiden Arten der Kriegsschadenrente werden auf unterschiedliche Weise bemessen.

28 Die Unterhaltshilfe wird nach festen Beträgen, abgestuft nach der Größe der Familie, die Entschädigungsrente nach einem Vomhundertsatz der zustehenden Hauptentschädigung berechnet. Für beide gelten Einkommenshöchstbeträge, die bei der Unterhaltshilfe erheblich geringer als bei der Entschädigungsrente sind.

29 Der Grundsatz, dass Kriegsschadenrente nur gewährt wird, wenn dem Geschädigten nach seinen Einkommens- und Vermögensverhältnissen die Bestreitung des laufenden Lebensunterhalts nicht möglich oder nicht zumutbar ist (Subsidiarität der Kriegsschadenrente), wird durch die Einkommensgrenzen und durch sonstige Regelungen unterschiedlich verwirklicht.

Der Grundsatz der Subsidiarität der Kriegsschadenrente wurde allerdings durch das 34. Gesetz zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung in engen Grenzen aufgegeben. Für die Bemessung der Kriegsschadenrente wird zwar nach wie vor auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie den Familienzuschnitt abgestellt. Die am 31.12.2005 maßgebenden Familien- und Vermögensverhältnisse bilden aber nicht nur die Grundlage für die Festsetzung der Kriegsschadenrente zum 01.01.2006, sondern auch für deren dauerhafte unveränderte Weitergewährung; nach dem 01.01.2006 eintretende Veränderungen in den Familien- bzw. Vermögensverhältnissen werden nicht mehr berücksichtigt. Die maßgeblichen Verhältnisse werden sozusagen „eingefroren“. Deshalb ist es ab dem 01.01.2006 nicht mehr erforderlich, die Sätze der Unterhaltshilfe sowie die damit zusammenhängenden Einkommenshöchstbeträge (Rdnr. 41, 52) anzupassen.

**Unterhaltshilfe****Höhe**

30 Unterhaltshilfe wird seit dem 01.04.1949 gezahlt. Sie wird – wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung – laufend an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst (Rdnr. 40). Da diese seit 2003 nicht mehr angepasst wurden, wurden auch die Unterhaltshilfe und die damit zusammenhängenden Beträge (Rdnr. 41, 52) nicht erhöht.

31 Seit 01.07.2003 beträgt die Unterhaltshilfe für den Berechtigten monatlich 451 Euro, für den Ehegatten 300 Euro und für jedes unterhaltsberechtigende Kind 153 Euro. Vollwaisen erhalten 249 Euro. Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit wird eine Pflegezulage von 26 Euro, bei Heimunterbringung von 11 Euro gewährt. Die Pflegezulage von 26 Euro erhöht sich seit 01.07.2003 um 159 Euro, wenn ähnliche Leistungen nach anderen Gesetzen nicht gewährt werden. Mit In-Kraft-Treten des Pflege-Versicherungsgesetzes wurde die Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz jedoch in aller Regel durch die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung, in der die im Bundesgebiet lebenden Berechtigten versichert sind, ersetzt. Eine Neugewährung der Pflegezulage kommt daher nur noch für im Ausland lebende Berechtigte in Betracht.

32 Seit dem 01.01.1972 wird zu der Unterhaltshilfe ein Sozialzuschlag gewährt. Dieser beträgt ab 01.07.2003 für den Berechtigten 63 Euro, für den Ehegatten 78 Euro und für jedes weitere Kind 97 Euro. Vollwaisen erhalten einen Zuschlag von 36 Euro. Der Sozialzuschlag wird jedoch nur gezahlt, soweit er den gleichzeitig zustehenden Selbständigenzuschlag (Rdnr. 37 ff) übersteigt.

Die Unterhaltshilfe beträgt danach für ein Ehepaar ab 01.07.2003 mindestens 892 Euro monatlich.

33 Die Zahlung der Unterhaltshilfe ist von Einkommensgrenzen abhängig, die von den Einkünften der Familieneinheit nicht überschritten werden dürfen. Die Einkommenshöchstbeträge entsprechen den vorgenannten Sätzen der Unterhaltshilfe. Zur Familieneinheit zählen der Berechtigte, sein Ehegatte und die zuschlagsberechtigten Kinder.

34 Als Einkünfte rechnen alle Bezüge der Familieneinheit in Geld oder Geldeswert nach Abzug der Aufwendungen, die nach den Grundsätzen des Einkommensteuerrechts als Werbungskosten zu berücksichtigen sind. Zugunsten der Geschädigten bleiben gewisse Einkünfte völlig unberücksichtigt (gesetzliche und freiwillige Unterhaltsleistungen von Verwandten, karitative Leistungen sowie Grundrente und Schwerstbeschädigtenzulage der Kriegsopferversorgung); andere Einkünfte werden nur zum Teil berücksichtigt (aus der Land- und Forstwirtschaft, aus einem Gewerbebetrieb, aus selbständiger Arbeit und aus einem gegenwärtigen Arbeitsverhältnis sowie staatliche Gratiale und freiwillige Leistungen im Hinblick auf ein früheres Arbeitsverhältnis oder



eine frühere Berufstätigkeit). In zahlreichen Fällen werden Freibeträge gewährt, teilweise jedoch nur, soweit sie den Sozialzuschlag übersteigen.

35 Die Unterhaltshilfe wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung, d. h. auf Lebenszeit gewährt. Für einen engen Personenkreis – Kriegssachgeschädigte, Ost- und Sparergeschädigte, die keinen Existenzverlust erlitten hatten und bei denen der Grundbetrag des Schadens 2.863,23 Euro nicht überstieg – konnte allerdings nur Unterhaltshilfe auf Zeit gewährt werden, deren Dauer von der Höhe des Grundbetrags abhängig war. In der Praxis hat diese Regelung heute keine Bedeutung mehr, weil die zeitlich befristet gewährten Unterhaltshilfen nach Verbrauch des Grundbetrags entweder eingestellt worden sind oder aber durch spätere Ergänzungen der gesetzlichen Vorschriften in solche auf Lebenszeit umgestellt werden konnten.

36 Die Unterhaltshilfe wird teilweise auf den Hauptentschädigungsanspruch angerechnet, dies geschah bis 1957 zu 50 v. H., bis 1961 zu 40 v. H., bis 1965 zu 20 v. H. und seitdem zu 10 v. H.

### **Sonderregelungen für ehemals Selbständige**

37 Für ehemals selbständige Geschädigte gelten dann besondere Vorschriften, wenn deren Alters- und Hinterbliebenensicherung durch den Verlust ihrer Existenzgrundlage vernichtet oder beeinträchtigt worden ist; das gilt sowohl für die Voraussetzungen für die Unterhaltshilfe wie deren Bemessung. Begünstigt sind Selbständige, die aufgrund von Vermögensverlusten Anspruch auf Hauptentschädigung mit einem Grundbetrag von mindestens 1.840,65 Euro haben und deren verlorengegangene Existenzgrundlage überwiegend auf der Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder auf daraus abgeleiteten Ansprüchen beruht hat.

38 Einbezogen sind auch Selbständige, die einen Einkommensverlust von mindestens 2.000 RM jährlich aus selbständiger Erwerbstätigkeit nachweisen können. Diese Voraussetzung gilt auch dann als erfüllt, wenn neben der selbständigen Tätigkeit eine andere bezahlte Tätigkeit nicht oder nur in geringem Umfang ausgeübt und der Lebensunterhalt nicht oder nur unwesentlich aus anderen Einkünften mitbestritten wurde.

39 Ehemals selbständige Geschädigte konnten Unterhaltshilfe bereits dann erhalten, wenn sie nach dem 31.12.1889 (eine Frau nach dem 31.12.1894) und vor dem 01.01.1907 (eine Frau vor dem 01.01.1912)

geboren oder spätestens am 31.12.1971 erwerbsunfähig geworden waren. Nach dem 31.12.1906 (eine Frau nach dem 31.12.1911) geborene oder nach dem 31.12.1971 erwerbsunfähig gewordene ehemals selbständige Geschädigte erhalten Unterhaltshilfe nur, wenn sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres bis zur Schädigung mindestens zehn Jahre selbständig oder von einem ehemals selbständigen Familienangehörigen wirtschaftlich abhängig waren.

Die Sätze der Unterhaltshilfe erhöhen sich für ehemals Selbständige um den Selbständigzuschlag. Dieser ist in sechs Stufen je nach der Höhe der festgestellten Schäden gestaffelt. Er beträgt ab 01.07.2003 für den Berechtigten 102 bis 208 Euro und für den Ehegatten 54 bis 107 Euro monatlich.

Den Zuschlag der niedrigsten Stufe erhalten auch Personen, die im Zeitpunkt der Schädigung als künftige Erben eines landwirtschaftlichen oder gewerblichen Betriebes mit dem Betriebsinhaber in häuslicher Gemeinschaft gelebt hatten und von ihm wirtschaftlich abhängig waren und die nur deswegen keine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt hatten, weil es bis zum Zeitpunkt der Schädigung nicht mehr zu einer Vermögensübertragung gekommen war.

Ehemals Selbständige können danach seit dem 01.07.2003 für sich und ihren Ehegatten monatlich bis zu 1.066 Euro an Unterhaltshilfe erhalten.

### **Anpassung der Unterhaltshilfe**

40 Die Unterhaltshilfe wurde zunächst durch Einzelgesetze erhöht, um die Berechtigten an der wirtschaftlichen Entwicklung teilnehmen zu lassen. Seit 1974 wird sie durch Rechtsverordnung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Aufgrund von Artikel 2 der Verordnung zur Regelung von Vorschriften der Kriegsschadenrente nach dem Lastenausgleichsgesetz vom 10.07.1997 (BGBl. I, S. 1806) ist die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 277a des Lastenausgleichsgesetzes gemäß § 367 Abs. 2 des Lastenausgleichsgesetzes auf den Präsidenten des Bundesausgleichsamtes übertragen worden. Von dieser Ermächtigung wurde erstmals zum Rentenanpassungstermin 01.07.1998 Gebrauch gemacht. Die Unterhaltshilfe wurde zum 1. Juli entsprechend dem Vomhundertsatz angepasst, um den sich die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung verändert hatten.

41 Bis zum 31.12.2005 waren nicht nur die Sätze der Unterhaltshilfe anzupassen, sondern auch die Ein-



kommenshöchstbeträge, der Selbständigenzuschlag, der Sozialzuschlag sowie andere von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängige Beträge. Infolge des 34. Gesetzes zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes unterliegen nunmehr nicht mehr diese einzelnen Beträge einer Anpassung, sondern angepasst wird nur noch die zum 01.01.2006 festgesetzte Unterhaltshilfe.

### **Krankenversorgung, Pflegeversicherung und Sterbevorsorge**

42 Wer unterhaltshilfeberechtigt und nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften für den Krankheitsfall abgesichert ist, hat Anspruch auf Krankenversorgung für sich und seine zuschlagsberechtigten Angehörigen. Die Krankenversorgung entspricht nach Art, Form und Maß der Krankenbehandlung, die den nicht versicherten Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gewährt wird und damit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Unterhaltshilfeempfänger haben allerdings kein Wahlrecht bezüglich der sie betreuenden Krankenkasse; der Präsident des Bundesausgleichsamtes hat gemäß § 276 Abs. 3 LAG die AOK Sachsen-Anhalt mit der Übernahme der Krankenbehandlung für sämtliche Berechtigten beauftragt.

Im Fall einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung können die Unterhaltshilfeempfänger für jede am 01.01.2005 versicherte oder mitversicherte Person einen Beitragszuschuss in Höhe von 150 Euro monatlich beantragen.

Mit dem In-Kraft-Treten des Pflege-Versicherungsgesetzes (vgl. Kap. 11) am 01.01.1995 wurden die Empfänger von Unterhaltshilfe in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen, soweit nicht bereits eine anderweitige vorrangige Versicherungspflicht besteht. Die Beiträge trägt der Bund; bis zum 31.12.2004 wurden die Beiträge auch vom Ausgleichsfonds getragen.

43 Empfänger von Unterhaltshilfe können ferner gegen einen Monatsbeitrag von 2 Euro an der Sterbevorsorge teilnehmen. Im Todesfall werden 750 Euro ausgezahlt. Das Sterbegeld darf auf vergleichbare Leistungen nicht angerechnet werden.

### **Entschädigungsrente**

44 Die Entschädigungsrente stellt überwiegend einen Schadensausgleich in Form einer laufenden monat-

lichen Geldleistung für den Verlust eines größeren Vermögens oder höherer Einkünfte dar; bei gleichzeitigem Anspruch auf Hauptentschädigung ist sie zugleich die Auszahlung verrenteter Hauptentschädigung. Entschädigungsrente wird seit 1953 gewährt.

### **Voraussetzungen und Höhe**

45 Entschädigungsrente wird nur gewährt, wenn die Einkünfte der Familieneinheit bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten; diese Beträge erhöhen sich, wenn die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, um die Pflegezulage und den Selbständigenzuschlag und für Kinder, die das 7., und für Vollwaisen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, um den Sozialzuschlag (siehe hierzu unter „Unterhaltshilfe“).

46 Auch bei der Entschädigungsrente besteht eine Auffanggrenze. Übersteigt die Entschädigungsrente zuzüglich Unterhaltshilfe sowie zuzüglich sonstiger Einkünfte (nach Abzug der Freibeträge und Vergünstigungen) den Einkommenshöchstbetrag, ist die Entschädigungsrente um den übersteigenden Betrag zu kürzen. Übersteigen die Gesamteinkünfte zusammen mit der Kriegsschadenrente (Entschädigungsrente und Unterhaltshilfe) 150 v. H. des Einkommenshöchstbetrags, ist die Entschädigungsrente zusätzlich um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

47 Die Höhe der Entschädigungsrente wegen eines Vermögensschadens orientiert sich an der Höhe des Schadens. Aus dem in Reichsmark festgestellten Schadensbetrag wird nach einer Tabelle ein besonderer Grundbetrag der Kriegsschadenrente in Euro ermittelt. Er kann mit dem der Hauptentschädigung identisch sein, weicht aber insbesondere von diesem ab, wenn Schäden berücksichtigt werden, für die die Gewährung von Hauptentschädigung nicht vorgesehen ist.

48 Der Auszahlungsbetrag der Entschädigungsrente wird nach Vomhundertsätzen des Grundbetrags der Kriegsschadenrente berechnet; er beträgt mindestens 4 v. H. des Grundbetrags. War der Berechtigte beim erstmaligen Bezug von Entschädigungsrente älter als 65 Jahre, wird für jedes weitere in diesem Zeitpunkt vollendete Lebensjahr ein Alterszuschlag von 1 v. H. gezahlt. Im Übrigen gelten folgende Mindestvomhundertsätze:

8 v. H., wenn dem Grundbetrag nicht überwiegend Sparerschäden zugrunde liegen,

- 7 v. H. für Schwerbeschädigte und Unfallrentner mit einer Erwerbsminderung von 80 v. H. und mehr oder
- 8 v. H. für Empfänger von Pflegezulagen, Pflegegeldern oder Pflegeschleistungen der Kriegsoferfürsorge (BVG), der Unfallversicherung (SGB VII) oder der Pflegeversicherung (SGB XI) sowie für Personen, die solche Leistungen zwar nicht erhalten, aber dennoch gebrechlich sind.

49 Nimmt der Berechtigte sowohl Unterhaltshilfe als auch Entschädigungsrente wegen eines Vermögensschadens in Anspruch, gilt ein Teil des Grundbetrags der Kriegsschadenrente als gesperrt. Entschädigungsrente kann nur von dem den Sperrbetrag übersteigenden Teil des Grundbetrags gewährt werden. Liegen dem Grundbetrag der Kriegsschadenrente überwiegend Sparerschäden zugrunde und nimmt der Berechtigte zugleich Unterhaltshilfe in Anspruch, ist der Sperrbetrag um 30 v. H. zu erhöhen. Will der Geschädigte (oder kann er wegen Überschreitens des Einkommenshöchstbetrags) nur Entschädigungsrente allein erhalten, müssen, wenn dem Grundbetrag überwiegend Sparerschäden zugrunde liegen, Mindestgrundbeträge erreicht werden.

50 Entschädigungsrente für Personen, die keinen Vermögensschaden, aber einen Schaden durch Verlust der beruflichen oder sonstigen Existenzgrundlage erlitten haben, wird aufgrund einer Sonderregelung nach festen Beträgen in Höhe von monatlich 16 bis 52 Euro gezahlt.

Hierbei wird nicht auf einen Vermögensverlust abgestellt, sondern auf die Einkünfte, die vor dem Schaden, im Allgemeinen in den Jahren 1937 bis 1939, erzielt worden waren. Hatte der Berechtigte zugleich aufschiebend bedingte privatrechtliche Versorgungsansprüche verloren, erhöhen sich die Sätze um 50 v. H. Wird gleichzeitig Unterhaltshilfe gezahlt, so gelten von der Entschädigungsrente 16 Euro als abgegolten. Familienzuschläge, der Selbständigenzuschlag und Pflegezulage werden nicht gezahlt. Sie werden jedoch bei der Errechnung des Einkommenshöchstbetrags berücksichtigt. Das Vorhandensein von Vermögen ist ohne Bedeutung.

51 Ehemals selbständige Geschädigte erhalten Entschädigungsrente unter den gleichen persönlichen Voraussetzungen wie sie für die Zahlung von Un-

terhaltshilfe an ehemals selbständige Geschädigte gelten.

### **Anpassung der Einkommensgrenzen**

52 Die Entschädigungsrente selbst wird nicht angepasst. Jedoch wurden bis zum 31.12.2005 die Einkommenshöchstbeträge für die Entschädigungsrente um die Beträge angepasst, um die die Sätze der Unterhaltshilfe einschließlich des Sozialzuschlags durch Anpassung erhöht werden. Die Anpassung erfolgte durch Rechtsverordnung zusammen mit der Anpassung der Unterhaltshilfe.

53 Durch die Erhöhung der Einkommensgrenzen für die Entschädigungsrente wird wurde vermieden, dass sie wegen Erreichens des Einkommenshöchstbetrags durch Dynamisierung anrechnungspflichtiger Einkünfte irgendwann nicht mehr hätte gewährt werden können. Da Veränderungen der Einkünfte ab dem 01.01.2006 nicht mehr berücksichtigt werden (Rdnr. 29), besteht kein Grund mehr, die Einkommensgrenzen zu erhöhen.

### **Krankenversorgung, Sterbegeld und Pflegeversicherung**

54 Ein Anspruch auf Krankenversorgung, auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und auf Sterbegeld besteht nur dann, wenn der Berechtigte neben der Entschädigungsrente auch Unterhaltshilfe erhält. In die Pflegeversicherung sind jedoch auch Empfänger von Entschädigungsrente allein einbezogen.

### **Sonstige Vorschriften zur Kriegsschadenrente**

55 Weitere Regelungen bestehen für Beginn und Ende der Kriegsschadenrente, über ihr Verhältnis zur Hauptentschädigung, zu einem Existenzaufbaudarlehen und zur Sozialhilfe.

### **Laufende Beihilfen**

56 Für bestimmte Personengruppen kommen laufende Härteleistungen in Betracht, sofern ihnen Schäden entstanden sind, die den im Lastenausgleichsgesetz berücksichtigten Schäden entsprechen oder ähnlich sind.

57 Berechtigt sind Personen, die als Flüchtlinge aus der früheren DDR oder ihnen gleichgestellte Personen anerkannt sind und einen entsprechenden Ausweis besitzen, Vertriebene, die bestimmte Stichtagsvoraussetzungen nicht erfüllen sowie Einwohner des Landes Berlin, die Kriegssachschäden im Ostsek-

tor von Berlin erlitten hatten, ferner Bewohner der deutschen Zoll-Anschlussgebiete (Kleines Walsertal und Gemeinde Jungholz/Tirol). Die Gründe, die die Zahlung von allgemeinen Ausgleichsleistungen ausschließen (etwa Verstoß gegen die Menschlichkeit), gelten auch bei laufenden Härteleistungen.

58 Die laufenden Härteleistungen werden entsprechend den Voraussetzungen und Grundsätzen gewährt, die für die Unterhaltshilfe (in gewissem Umfang auch für die Entschädigungsrente) gelten. Die Härteleistungen an den einzelnen Geschädigten dürfen die entsprechenden Ausgleichsleistungen nicht übersteigen.

## Organisation

59 Der Lastenausgleich wird von den Ausgleichsbehörden durchgeführt. An ihrer Spitze steht das Bundesausgleichsamts; diesem sind entsprechend dem für Zwecke des Lastenausgleichs in das Grundgesetz eingefügten Artikel 120a zur Bewältigung seiner Aufgaben Rechte der Bundesregierung übertragen worden.

60 Mittelbehörden in der Ausgleichsverwaltung sind die Landesausgleichsämts, die in jedem Land (der alten Bundesrepublik) als Teil eines Landesministeriums eingerichtet sind. Sie unterstehen der Fachaufsicht des Präsidenten des Bundesausgleichsamts. Teil der Ausgleichsverwaltung sind ferner die Beschwerdeausschüsse bzw. die Beschwerdestellen, die als überregionale Dienststellen ihren Sitz im Allgemeinen bei den Außenstellen der Landesausgleichsämts haben.

61 Die Unterbehörden der Lastenausgleichsverwaltung sind die Ausgleichsämts. Ursprünglich war für jeden Landkreis und jeden Stadtkreis innerhalb der allgemeinen Verwaltung ein Ausgleichsamts, ggf. mit entsprechenden Zweigstellen, eingerichtet. Die Errichtung eines Ausgleichsamts für mehrere Kreise ist zulässig, wenn dies aus Gründen der Wirtschaftlichkeit der Verwaltung geboten ist; aus den gleichen Gründen können bestimmte Aufgaben eines Ausgleichsamts einem anderen Ausgleichsamts oder dem Landesausgleichsamts übertragen werden. Von dieser Möglichkeit wurde im Zusammenhang mit dem Rückgang der Aufgaben des „klassischen“ Lastenausgleichs und zum Zwecke einer effizienteren Verwaltung besonders in den letzten Jahren in zunehmendem Maße Gebrauch gemacht. Ursprünglich

gab es 598 kommunale Ausgleichsämts. Inzwischen hat sich ihre Zahl durch Ämterzusammenlegung und Konzentration auf 85 verringert. Zum 01.10.2006 geht die Zuständigkeit für die Durchführung der Kriegsschadenrente sowie der vergleichbaren laufenden Leistungen auf das Bundesausgleichsamts über.

## Finanzierung

62 Die Finanzierung des Lastenausgleichs erfolgte bis 31.12.2004 über den Ausgleichsfonds, ein Sondervermögen des Bundes, dessen Verwaltung dem Präsidenten des Bundesausgleichsamts oblag. In den Ausgleichsfonds flossen die Ausgleichsabgaben der Nicht- oder Teilgeschädigten, gesetzlich festgelegte Zuschüsse des Bundes und der Länder sowie Rückflüsse aus Darlehen. Für einen dadurch nicht gedeckten Bedarf hat der Bund mit allgemeinen Haushaltsmitteln gemäß § 6 Abs. 3 LAG gehaftet. Der Ausgleichsfonds wurde durch das 34. Gesetz zur Änderung des Lastenausgleichsgesetzes zum 31.12.2004 aufgelöst, weil die Gründe für seine Errichtung, die Zweckbindung der Ausgleichsabgaben sicherzustellen, keine Bedeutung mehr hatten; ab 01.01.2005 werden die Einnahmen und Ausgaben unmittelbar über den Bundeshaushalt abgewickelt.

63 Bei den Lastenausgleichsabgaben (Vermögensabgabe, Hypothekengewinnabgabe, Kreditgewinnabgabe) handelte es sich um Abgaben, die aufgrund bestimmter Tatbestände, die am Währungsstichtag (21.06.1948) oder im Zusammenhang mit der Währungsreform vorlagen, festgesetzt worden waren. Sie waren 30 Jahre nach In-Kraft-Treten des Soforthilfegesetzes am 30.03.1979 im Wesentlichen erhoben.

64 Da Einnahmen aus Ausgleichsabgaben nicht mehr vorhanden sind und die Rückflüsse aus Darlehen bei weitem die Ausgaben nicht decken, müssen die Lastenausgleichsleistungen überwiegend aus Steuermitteln von Bund und Ländern gedeckt werden.

65 Bis zu seiner Auflösung Ende 2004 hatte der Ausgleichsfonds ein Gesamtvolumen an Einnahmen und Ausgaben von 73,7 Mrd. Euro erreicht. 2005, das erste Haushaltsjahr nach Auflösung des Ausgleichsfonds, schloss für den Lastenausgleich, der nunmehr im Einzelplan 08 des Bundesfinanzministeriums angesiedelt ist, mit Einnahmen (Darlehensrückflüsse, Rückforderungen wegen Schadensausgleich, Zuschüsse etc.) in Höhe von 73,3 Mio. Euro und Ausgaben insbesondere für Leistungen sowie Ab-

fürungen an den Entschädigungsfonds in Höhe von 94,5 Mio. Euro.

### Abschluss

66 Mehr als 50 Jahre nach Kriegsende kann die Zielsetzung des „klassischen“ Lastenausgleichs heute im Wesentlichen als erfüllt angesehen werden. Stattdessen ist inzwischen in den Mittelpunkt der Tätigkeit der Ausgleichsverwaltung die Rückforderung von Lastenausgleichsleistungen wegen Schadensausgleichs getreten. Der Ausgleich der Schäden (insbesondere durch Rückgabe zuvor weggenommener Vermögenswerte) wurde vor allem ermöglicht durch die Wiederherstellung der Einheit Deutschlands aber auch durch Liberalisierungsmaßnahmen in den Staaten des ehemaligen Ostblocks. Von den Rückforderungsmaßnahmen betroffen sind daher hauptsächlich nach dem Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz festgestellte und entschädigte Schäden, in geringem Umfang aber auch Schäden nach dem Feststellungsgesetz.

Näher eingegangen wird auf die Rückforderungsmaßnahmen hier in diesem Zusammenhang nicht; denn der Schwerpunkt dieses Werkes liegt im Leistungsbe- reich, während es sich bei der Rückforderung im Wesentlichen um Maßnahmen der Eingriffsverwaltung handelt. Soweit hieran besonderes Interesse besteht, wird auf den jeweiligen Jahresbericht des Bundesausgleichsamtes verwiesen, der vom Präsidenten des Bundesausgleichsamtes herausgegeben wird. Der aktuelle Jahresbericht 2005 kann ab dem Frühjahr beim Bundesausgleichsamt bezogen werden.

67 Durch Zeitablauf, Ablauf allgemeiner Antragsfristen, durch die politischen Umwälzungen in Osteuropa und zuletzt in Ostdeutschland haben Vorschriften ihren Sinngehalt verloren oder sind obsolet geworden. Schadenstatbestände, die zu Leistungen aus dem Lastenausgleich führen können, kommen nur noch in seltenen Ausnahmefällen in Betracht.

68 Schäden, die nach dem Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz festzustellen wären, können nach der Herstellung der deutschen Einheit nicht mehr entstehen. Durch das „Gesetz zur Regelung offener Vermögensfragen“ das im Zusammenhang mit dem Einigungsvertrag in Kraft getreten ist, wurde die „Wiedergutmachung“ von Wegnahmeschäden in der ehemaligen DDR generell geregelt. Mit dem Einigungsvertrag wurde deshalb das Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz ausdrücklich nicht übernommen.

69 Wie bereits angedeutet (Rdnr. 4) wurde durch das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz vom 21.12.1992 der Lastenausgleich im Grundsatz dadurch abgeschlossen, dass – von wenigen Ausnahmen abgesehen – Anträge nur noch bis zum 31.12.1995 eingereicht werden konnten. Dies bedeutet, dass unter Berücksichtigung der individuellen dreijährigen Antragsfrist ab Eintreffen im Bundesgebiet nur noch die Aussiedler einen berücksichtigungsfähigen Antrag stellen konnten, die spätestens bis Ende 1992 in der Bundesrepublik Deutschland Aufenthalt genommen und einen echten Vertreibungsschaden erlitten hatten. Handelt es sich um einen aussiedlungsbedingten Schaden, muss dieser vor dem 01.01.1992 im Zusammenhang mit der Aussiedlung entstanden sein, d. h. Antragsberechtigung lag nur vor bei Eintreffen bis spätestens Ende 1991. Mit neuen Anträgen ist daher nicht mehr zu rechnen.

70 Antrag auf Kriegsschadenrente konnten Aussiedler, wenn sie das 65. (Frauen das 60.) Lebensjahr vollendet haben oder dauernd erwerbsunfähig sind, nur noch unter der Voraussetzung stellen, dass ihre Existenzgrundlage im Zeitpunkt des Schadenseintritts nach Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum Verlust dieser Existenzgrundlage mindestens zehn Jahre überwiegend auf der Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit, auf Ansprüchen und anderen Gegenwerten aus der Übertragung, sonstigen Verwertung oder Verpachtung des einer solchen Tätigkeit dienenden Vermögens oder auf einer Altersversorgung, die aus den Erträgen einer solchen Tätigkeit begründet worden war, beruht hatte.

## Rechtsquellen

Lastenausgleichsgesetz

Feststellungsgesetz

Währungsausgleichsgesetz

Altsparengesetz

Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz

Reparationschädengesetz

## Regelungen für die neuen Bundesländer

71 Die zum Bereich des Lastenausgleichs zählenden Gesetze (Lastenausgleichsgesetz, Feststellungsgesetz, Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz,

Reparationsschädengesetz, Währungsausgleichsgesetz, Altsparengesetz) wurden im Beitrittsgebiet des Einigungsvertrages, also in den fünf neuen Bundesländern und im bisherigen Ostteil von Berlin, grundsätzlich nicht in Kraft gesetzt, da der Zweck dieser Gesetze im Kern weitgehend als erfüllt angesehen werden konnte. Eine Generalbereinigung des gesamten Kriegsfolgenrechts wurde dem gesamtdeutschen Gesetzgeber vorbehalten.

Etwas anderes galt für Gesetze, die die Aufnahme, Eingliederung und Entschädigung für neu eintreffende Aussiedler regeln. Es bestand Einvernehmen, dass das in Artikel 3 des Vertrages genannte Gebiet in die Aufnahmeverpflichtung für Aussiedler einzubeziehen war. Da das geltende Recht Leistungen an Personen mit Aufenthalt in diesem Gebiet nicht vorsah, war dies jedoch nur dann erfolversprechend, wenn neu eintreffende Aussiedler dort Leistungen erhalten. Soweit Kriegsfolgengesetze Leistungen an Aussiedler vorsahen, musste daher für diese Aussiedler die Antrags- und Leistungsberechtigung geschaffen werden. Damit wurde zugleich klargestellt, dass die Bewohner der ehemaligen DDR, die ihren Wohnsitz bereits vor dem Beitritt dort hatten, nicht erfasst wurden.

Zur Erreichung dieses Ziels waren die geltenden Vorschriften teils zu ändern, teils mit Maßgaben überzuleiten. Dabei bestand Einigkeit, dass die Regelungen nur befristet bis zum 31.12.1991 gelten sollen, um den gesamtdeutschen Gesetzgeber nicht zu präjudizieren. Diese Frist wurde durch das Gesetz vom 20.12.1991 für das Lastenausgleichsgesetz und das Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz um ein Jahr verlängert. Im Einzelnen wurden folgende Regelungen getroffen:

72 Das Lastenausgleichsgesetz wurde im Beitrittsgebiet mit der Maßgabe in Kraft gesetzt, dass neu eintreffende Aussiedler, die in der Zeit vom 03.10.1990 bis zum 31.12.1991 (verlängert bis 31.12.1992) ihren ständigen Aufenthalt im Beitrittsgebiet genommen hatten, die im Zusammenhang mit der Vertreibung und Aussiedlung entstandenen Schäden geltend machen und die dafür vorgesehenen Leistungen erhalten konnten.

Der Präsident des Bundesausgleichsamtes wurde ermächtigt, für diese Personen das zuständige Ausgleichsamt – abweichend von der regulären Zuständigkeit – zu bestimmen. Danach ist zuständig für Antragsteller mit ständigem Aufenthalt

- im Land Mecklenburg-Vorpommern das Ausgleichsamt Hamburg,
- im Land Brandenburg und im Ostteil des Landes Berlin das Ausgleichsamt Berlin,
- im Land Sachsen-Anhalt das Ausgleichsamt Braunschweig,
- im Land Thüringen das Ausgleichsamt Frankfurt am Main und
- im Land Sachsen das Ausgleichsamt Fürth (Bayern).

Für die Feststellung der geltend gemachten Schäden gilt das Feststellungsgesetz.

Einer besonderen Überleitung bedurfte es nicht.

73 Das Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz wurde im Beitrittsgebiet nicht in Kraft gesetzt mit der Folge, dass Schäden, die im Gebiet der ehemaligen DDR entstanden sind, von den Bewohnern der neuen Länder nicht geltend gemacht werden können. Für die Anwendung dieses Gesetzes im Beitrittsgebiet ist kein Raum, nachdem im Grundsatz die abschließende Regelung solcher Schäden in dem mit dem Einigungsvertrag in Kraft getretenen „Gesetz zur Regelung offener Vermögensfragen“ getroffen worden ist.

Das Beweissicherungs- und Feststellungsgesetz wurde inzwischen insgesamt aufgehoben.

74 Das Reparationsschädengesetz wurde im Beitrittsgebiet nicht in Kraft gesetzt. Durch eine Änderung des Gesetzes wurde jedoch sichergestellt, dass ein Anspruch auf Entschädigung auch einem Aussiedler zuerkannt werden kann, der in der Zeit vom 03.10.1990 bis zum 31.12.1991 seinen ständigen Aufenthalt im Beitrittsgebiet genommen hat. Gleichzeitig wurde die Antragsberechtigung mit einem Aufenthaltsstichtag vom 31.12.1991 generell beendet.

Das Währungsausgleichsgesetz wurde im Beitrittsgebiet nicht in Kraft gesetzt. Schäden im Sinne dieses Gesetzes werden im Rahmen des Lastenausgleichsgesetzes entschädigt.

Das Altsparengesetz wurde im Beitrittsgebiet nicht in Kraft gesetzt. Durch eine Änderung des Gesetzes wurde jedoch sichergestellt, dass Aussiedler, die ihren ständigen Aufenthalt nach dem 02.10.1990 im Beitrittsgebiet nahmen, die Leistungen nach dem Altsparengesetz erhalten. Gleichzeitig wurde das Antragsrecht generell bis zum 31.12.1991 befristet.

**Vertriebenenzuwendungsgesetz**

75 Als Ausgleich für die Nichteinbeziehung in die Kriegsfolgengesetze der Bundesrepublik Deutschland erhielten Vertriebene in der ehemaligen DDR nach dem Vertriebenenzuwendungsgesetz vom 27.09.1994 eine einmalige pauschale Zuwendung von 4.000 DM. Berechtigt waren Vertriebene im Sinne des § 1 des Bundesvertriebenengesetzes, die nach der Vertreibung (bzw. Aussiedlung) ihren ständigen Wohnsitz in der ehemaligen DDR genommen und ihn dort bis zum 03.10.1990 ohne Unterbrechung innegehabt hatten.

Ausgenommen waren jedoch Vertriebene, die dort Bodenreformland erhalten hatten, das ihnen noch heute rechtsbeständig zusteht. Dieser Leistungsausgleich ist gerechtfertigt, weil die Betroffenen insoweit eine werthaltige Eingliederungsleistung erhalten hatten, während die einmalige Zuwendung gerade denjenigen Vertriebenen zugute kommen soll, die in der DDR nicht in den Genuss von Eingliederungsleistungen gekommen sind.

Bis zum Ablauf der Antragsfrist am 30.09.1995 waren bei den zuständigen Behörden rd. 1,4 Mio. Anträge eingegangen.



# 23

## Hilfen für Spätaussiedler

### Aufgabe der Leistungen

#### Leistungszweck

1 Seit der Herstellung der Einheit Deutschlands und dem Zusammenbruch der kommunistischen Unrechtssysteme in Mittel- und Osteuropa wurden die Leistungen an Deutsche, die im Geltungsbereich des Grundgesetzes Aufnahme finden, grundlegend umgestaltet und gestrafft. In diesem Kapitel werden die besonderen Hilfen für diesen Personenkreis dargestellt, die ab 1. Januar 1993 eingereiste Spätaussiedler erhalten können.

2 Die Hilfen für Spätaussiedler sollen in erster Linie die Eingliederung in die neuen Wirtschafts- und Lebensverhältnisse erleichtern und sie in Deutschland vor unmittelbarer wirtschaftlicher Not bei Arbeitslosigkeit oder Krankheit schützen. Diese Leistungen haben den Charakter von Starthilfen. Daneben sollen die Nachteile gemildert werden, die durch die Spätaussiedlung entstanden sind. Daher erhalten Spätaussiedler Leistungen ohne eigene vorherige Beiträge, die ständige Einwohner des Bundesgebietes nur nach einer – manchmal langjährigen – Beitragszahlung erhalten.

#### Personenkreis

3 Seit dem Kriegsfolgenbereinigungsgesetz sind die Hilfen auf Spätaussiedler konzentriert. Neben den Spätaussiedlern erhalten einige Hilfen noch folgende Personengruppen:

- Vertriebene,
- Heimatvertriebene,
- ehemalige Kriegsgefangene,
- Heimkehrer und
- ehemalige politische Häftlinge.

4 Gemeinsam ist diesen Personengruppen, dass zu ihnen nur deutsche Staatsangehörige und deutsche Volkszugehörige gerechnet werden, nicht also Ausländer oder Staatenlose, gleichgültig aus welchem Grund sie sich in Deutschland aufhalten.

Für den Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit sind für diese Personengruppen die Geburt von einem deutschen Elternteil, die Legitimation, die Annahme als Kind oder die Einbürgerung von Bedeutung. Das Gesetz zur Regelung von Fragen der Staatsangehörigkeit ermöglicht deutschen Volkszugehörigen, denen die deutsche Staatsangehörigkeit in den Jahren 1938 bis 1945 durch Sammeleinbürgerung verliehen worden ist, die deutsche Staatsangehörigkeit beizubehalten. Deutscher Volkszugehöriger ist nach dem Bundesvertriebenengesetz, wer sich in seiner Heimat zum deutschen Volkstum bekannt hat, sofern dieses Bekenntnis durch bestimmte Merkmale wie Abstammung, Sprache, Erziehung oder Kultur bestätigt wird.

Wer nach dem 31.12.1923 geboren ist, ist deutscher Volkszugehöriger, wenn er von einem deutschen Staatsangehörigen oder deutschen Volkszugehörigen abstammt, und sich bis zum Verlassen der Aussiedlungsgebiete (Rdnr. 5) durch eine entsprechende Nationalitätenerklärung oder auf vergleichbare Weise nur zum deutschen Volkstum bekannt oder nach dem Recht des Herkunftsstaates zur deutschen Nationalität gehört hat. Das Bekenntnis oder die Zuordnung zur deutschen Nationalität muss durch familiäre Vermittlung der deutschen Sprache bestätigt sein, so dass der Spätaussiedler zumindest ein einfaches Gespräch in Deutsch führen kann. Hierzu werden in den Herkunftsländern Sprachtests durchgeführt. Wenn familiäre Vermittlung wegen der Verhältnisse im Herkunftsgebiet nicht möglich oder nicht zumutbar war, entfällt die Feststellung der Deutschkenntnisse. Ein Bekenntnis zum deutschen Volkstum wird unterstellt, wenn es wegen der damit verbundenen Gefahr

für Leib und Leben oder schwerwiegenden beruflichen oder wirtschaftlichen Nachteilen unterblieben ist, jedoch aufgrund der Gesamtumstände der Wille unzweifelhaft ist, der deutschen Volksgruppe und keiner anderen anzugehören.

### Vertriebene

5 Vertriebener ist, wer als Deutscher (Rdnr. 4) aus den östlich der Oder-Neiße-Grenze liegenden Gebieten des deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937 oder aus Danzig, Estland, Lettland, Litauen, der ehemaligen Sowjetunion, Polen, der ehemaligen Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien, Bulgarien, dem ehemaligen Jugoslawien, Albanien oder China (den so genannten Aussiedlungsgebieten) im Zusammenhang mit den Ereignissen des Zweiten Weltkrieges infolge Vertreibung, insbesondere durch Ausweisung oder Flucht seinen Wohnsitz verloren hat. Zu den Vertriebenen zählt auch, wer nach Abschluss der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen vor dem 1. Juli 1990 oder danach im Wege des Aufnahmeverfahrens vor dem 1. Januar 1993 die Aussiedlungsgebiete verlassen hat. An Personen, die nach diesen Stichtagen die Aussiedlungsgebiete verlassen, werden Hilfen nur noch gewährt, wenn sie Spätaussiedler sind.

6 Als Heimatvertriebene bezeichnet das Bundesvertriebenengesetz die Vertriebenen, die am 31. Dezember 1937 oder vorher ihren Wohnsitz in dem Gebiet hatten, aus dem sie vertrieben wurden und dieses Gebiet vor dem 1. Januar 1993 verlassen haben.

7 Bis 31. Dezember 1992 wurden in den alten Bundesländern 9,6 Mio. Vertriebene durch Ausstellung des Vertriebenenausweises A oder B anerkannt. 1992 wurden 137.890 Vertriebenenausweise ausgestellt.

### Spätaussiedler

8 Wer nach dem 31. Dezember 1992 seinen Wohnsitz in Deutschland begründet, hat nur dann Anspruch auf besondere Hilfen und Vergünstigungen, wenn er Spätaussiedler ist. Spätaussiedler müssen in einem förmlichen Aufnahmeverfahren, das vom Bundesverwaltungsamt in Köln unter Beteiligung der Bundesländer und der deutschen Vertretungen in den Herkunftsländern durchgeführt wird, in Deutschland aufgenommen sein und innerhalb von 6 Monaten nach dem Verlassen der Herkunftsländer in Deutschland ihren ständigen Aufenthalt genommen haben.

Herkunftsländer sind die Republiken der ehemaligen Sowjetunion, Estland, Lettland oder Litauen. Spä-

taussiedler aus den übrigen Aussiedlungsgebieten (Rdnr. 5) müssen zusätzlich glaubhaft machen, dass sie am 31. Dezember 1992 oder danach Benachteiligungen oder Nachwirkungen früherer Benachteiligungen aufgrund deutscher Volkszugehörigkeit unterlagen.

Ausnahmsweise kann Personen, die ohne Aufnahmebescheid im Bundesgebiet sind, ein Aufnahmebescheid erteilt werden, wenn die Versagung eine besondere Härte bedeuten würde und die sonstigen Voraussetzungen vorliegen.

Die Aufnahme ist schriftlich zu beantragen. Das Bundesverwaltungsamt entscheidet durch Aufnahmebescheid. Nutzt der Spätaussiedler den Aufnahmebescheid aus und reist er nach Deutschland ein, erhält er einen Registrierschein, mit dem er einem bestimmten Bundesland zugewiesen wird.

9 Die Zahl der nach Deutschland kommenden Spätaussiedler ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Kamen 1991 397.073 noch Spätaussiedler, so waren es 2005 nur noch 35.522 Spätaussiedler.

### Kriegsgefangene

10 Nach der Aufhebung des Kriegsgefangenenentschädigungsgesetzes zum 31. Dezember 1992 hat die Zugehörigkeit zum Personenkreis der Kriegsgefangenen nur noch Bedeutung für Rentenansprüche und für die Leistungen der Heimkehrerstiftung. Nach dem Gesetz über die Heimkehrerstiftung sind Kriegsgefangene

- Deutsche, die wegen militärischen oder militärähnlichen Dienstes im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg gefangenommen und von einer ausländischen Macht festgehalten wurden,
- hinterbliebene Ehegatten verstorbener ehemaliger Kriegsgefangener, sofern sie keine neue Ehe eingegangen sind sowie
- so genannte Geltungskriegsgefangene.

Dabei handelt es sich um Deutsche, die im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg von einer ausländischen Macht entweder auf eng begrenztem Raum unter dauernder Bewachung festgehalten oder in ein ausländisches Staatsgebiet verschleppt worden sind und Deutsche, die im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg im Ausland wegen ihrer Volkszugehörigkeit oder ihrer Staatsangehörigkeit

entweder auf eng begrenztem Raum unter dauernder Bewachung festgehalten oder aus dem Ausland in ein anderes ausländisches Staatsgebiet verschleppt wurden.

*11* Bis zum 31. Dezember 1996 konnten nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz Anträge auf Entschädigung gestellt werden. Bis zum 31. Dezember 1996 wurden über zwei Mio. Anträge auf Kriegsgefangenenentschädigung bewilligt und etwa 2,5 Mrd. DM Kriegsgefangenenentschädigung gezahlt.

### **Heimkehrer**

*12* Seit der Aufhebung des Heimkehrergesetzes zum 1. Januar 1992 ist der Heimkehrerbegriff ohne Bedeutung. Heimkehrerbescheinigungen werden nicht mehr ausgestellt. Ob in der Rentenversicherung Zeiten der Kriegsgefangenschaft oder ähnlichen Gewahrsams anerkannt werden, entscheiden die Rentenversicherungsträger selbst, sie können dabei Heimkehrerbescheinigungen, die während der Geltungsdauer des Heimkehrergesetzes erteilt wurden, berücksichtigen.

### **Ehemalige politische Häftlinge**

*13* Deutsche Staatsangehörige und Volkszugehörige, die nach der Besetzung ihres Aufenthaltsortes oder nach dem 8. Mai 1945 in den Aussiedlungsgebieten (Rdnr. 5), in der ehemaligen DDR oder Berlin (Ost) aus politischen und nach freiheitlich demokratischer Auffassung von ihnen nicht zu vertretenden Gründen in Gewahrsam genommen wurden, sind ehemalige politische Häftlinge. Sie erhalten Leistungen nach dem Häftlingshilfegesetz. Bei gesundheitlichen Schäden als Folge der Haft findet das Bundesversorgungsgesetz Anwendung (siehe Kap. 24). Nach der Dauer des Gewahrsams gestaffelte Eingliederungshilfen konnten bis zum 31. Dezember 1994 beantragt werden.

*14* Bis Ende 1994 wurden 377.550 Personen als Berechtigte anerkannt. Bis Ende 1996 wurden insgesamt Eingliederungshilfen nach dem Häftlingshilfegesetz in Höhe von über 2,5 Mrd. DM gezahlt.

## **Leistungen**

### **Aufnahmehilfen**

*15* Zur Aufnahme der Spätaussiedler besteht eine Erstaufnahmeeinrichtung in Friedland. Spätaussiedler erhalten dort ein Betreuungsgeld von 11 Euro sowie unentgeltlich Unterkunft und Verpflegung bis

zur Festlegung des Bundeslandes, in dem sie aufgenommen und eingegliedert werden sollen, dem so genannten Aufnahmeland. Bei Bedürftigkeit können sie durch Sachleistungen der Friedlandhilfe im Wert von bis zu 25 Euro unterstützt werden.

Aus der Erstaufnahmeeinrichtung werden die Spätaussiedler auf Kosten des Bundes zum zukünftigen Wohnort oder zu Anlaufstellen im Aufnahmeland transportiert.

### **Kosten der Reise nach Deutschland**

*16* Spätaussiedler aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion erhalten eine Pauschale von 102 Euro, aus Rumänien von 51 Euro und aus Polen von 25 Euro.

Die Erstattung der Rückführungskosten muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintreffen in Deutschland beantragt werden.

### **Leistungen bei Arbeitslosigkeit**

*17* Spätaussiedler und ihre Ehegatten sowie Abkömmlinge haben Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), wenn sie bestimmte Erfordernisse erfüllt haben. Sie müssen u. a. erwerbsfähig und hilfebedürftig sein und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben (§ 7 Abs. 1 SGB II). Nähere Informationen hierzu enthält das SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“.

### **Leistungen bei Krankheit**

*18* Spätaussiedler, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, erhalten Leistungen wie Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Verlassen der Herkunftsgebiete im Bundesgebiet ständigen Aufenthalt genommen haben und der Grund für die Leistung, also die Krankheit, innerhalb von drei Monaten seit der ständigen Aufenthalttaufnahme eintritt oder bei der Aufenthaltnahme bestand.

*19* Krankengeld oder Mutterschaftsgeld in Höhe der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten Spätaussiedler, die zusätzlich im Herkunftsland eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt haben, nämlich:

- in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben,
- eine Tätigkeit als Selbständiger oder mithelfender Familienangehöriger hauptberuflich ausgeübt haben,

- eine gesetzliche Wehrpflicht erfüllt haben,
- wegen ihrer Volkszugehörigkeit, ihrer Aussiedlungs- oder Übersiedlungsabsicht oder wegen eines vergleichbaren nach freiheitlichdemokratischer Auffassung von ihnen nicht zu vertretenden Grundes gehindert waren, ein Arbeitsverhältnis oder eine Tätigkeit als Selbständiger oder mithelfender Familienangehöriger hauptberuflich auszuüben oder
- ehemalige politische Häftlinge sind.

Die Leistungen bei Krankheit sind unabhängig von Bedürftigkeit und Einkommen; sie werden höchstens für die Dauer von 78 Wochen gewährt, Krankengeld und Mutterschaftsgeld längstens für 156 Tage.

20 Anerkannte ehemalige politische Häftlinge erhalten für Gesundheitsschäden, die sie infolge des Gewahrsams erlitten haben, auf Antrag wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Schädigung Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes, also z. B. kostenlose Heilbehandlung und Beschädigtenrente (siehe Kap. 24). Auch wer bei der Flucht aus der früheren DDR oder Berlin (Ost) infolge von Maßnahmen zur Verhinderung der Flucht eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält Versorgung wie ein ehemaliger politischer Häftling.

## Rentenleistungen

21 Nach dem Fremdrentengesetz werden an Spätaussiedler Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes an Hinterbliebene unter denselben Voraussetzungen wie für einheimische Versicherte gewährt. Beitragszeiten, die in den Aussiedlungsgebieten (Rdnr. 5) zurückgelegt wurden, stehen den nach Bundesrecht zurückgelegten Beitragszeiten gleich. Zeiten einer Beschäftigung nach Vollendung des 16. Lebensjahres, für die in den Aussiedlungsgebieten keine Beiträge geleistet wurden, aber im Bundesgebiet nach dem am 1. März 1957 geltenden Bundesrecht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bestanden hätte, werden ebenfalls als Beitragszeiten berücksichtigt.

22 Für die Rentenbemessungsgrundlage werden die Beiträge und Beschäftigungszeiten der Spätaussiedler je nach der Art der Tätigkeit bestimmten Leistungsgruppen zugeordnet. Die Reform des Fremdrentenrechts im Rahmen der Rentenreform hat bei dieser

Eingruppierung bisher bestehende Besserstellungen für Spätaussiedler beseitigt. Spätaussiedler erhalten keine höhere Rente als hiesige Rentner, die eine vergleichbare Tätigkeit ausgeübt haben. Für Spätaussiedler, die nach dem 6. Mai 1996 nach Deutschland zugezogen sind oder zuziehen, wird die Rente in einem pauschalierenden Verfahren festgesetzt.

23 Bei Spätaussiedlern werden als Ersatzzeiten im Sinne des Rentenrechts die Zeit vom 01.01.1945 bis 31.12.1946 auch bei fehlendem Nachweis einer Beitragsleistung oder Beschäftigung gewertet, ebenfalls im Regelfall Zeiten der Flucht oder einer anschließenden Krankheit oder unverschuldeten Arbeitslosigkeit.

24 In der Unfallversicherung erhalten Spätaussiedler grundsätzlich Leistungen auch aus einem Arbeitsunfall in den Aussiedlungsgebieten. Dabei gilt für Voraussetzung, Art und Umfang der Leistungen das im Bundesgebiet geltende Versicherungsrecht.

25 Für Heimkehrer können zusätzlich auf Antrag einmalige Unterstützungen und – in wenigen Ausnahmefällen – Rentenausgleichsleistungen durch die Heimkehrerstiftung gewährt werden. Hinterbliebene und nicht wiederverheiratete Ehegatten von Heimkehrern können ebenfalls Leistungen der Heimkehrerstiftung erhalten.

26 Auch bestimmte in den Herkunftsländern eingetretene Impfschäden werden bei Spätaussiedlern so entschädigt, als ob sie im Bundesgebiet eingetreten seien.

## Hilfen zur beruflichen Eingliederung

27 Von den Spätaussiedlern in den Herkunftsländern abgelegte Prüfungen und erworbene Befähigungsnachweise werden in einem förmlichen Verfahren durch Behörden der Bundesländer anerkannt. Eine Fahrerlaubnis, die in den Herkunftsländern erworben wurde, berechtigt noch für 6 Monate, nachdem der Spätaussiedler einen ständigen Aufenthalt in Deutschland begründet hat, zum Führen eines Kraftfahrzeugs im Inland. Danach benötigt der Spätaussiedler einen deutschen Führerschein.

28 Spätaussiedler und ihre Angehörigen haben die Möglichkeit, im Rahmen von Integrationskursen ihre deutschen Sprachkenntnisse zu vertiefen. Die Teilnahme ist kostenlos. Der Sprachkurs ist in einen Basis- und einen Aufbaukurs unterteilt; er soll bei ganztägigem Unterricht (mit höchstens 25 Wochen-

stunden) nicht länger als sechs Monate dauern. Der Kurs endet mit einer Sprachprüfung.

Das Bundesverwaltungsamt händigt Spätaussiedlern zusammen mit dem Registrierschein eine Bestätigung über die Berechtigung zur Teilnahme am Integrationskurs aus. Mit dieser Bestätigung können sie sich bei den örtlichen Kursträgern anmelden. Auskünfte darüber, welche Kursträger für Integrationskurse zugelassen sind, erteilen die örtlichen kommunalen Behörden oder das Bundesverwaltungsamt.

Während der Teilnahme am Integrationskurs kann Arbeitslosengeld II nach dem SGB II bezogen werden. In bestimmten Fällen (z. B. bei Rentnern) kommen auch Leistungen nach dem SGB XII in Betracht.

29 Spätaussiedler werden unter erleichterten Voraussetzungen in die Handwerksrolle eingetragen. Es reicht aus, wenn der Spätaussiedler vor der Aussiedlung ein Handwerk selbständig ausgeübt hat oder zur Ausbildung von Lehrlingen befugt war.

30 Wissenschaftler, die in ihrer wissenschaftlichen Laufbahn durch Umstände, die mit der Aussiedlung zusammenhängen, Nachteile erlitten haben und Akademiker im Alter zwischen 30 und 49 Jahren, die ein Hochschulstudium oder eine gleichwertige Ausbildung im Herkunftsland abgeschlossen haben, aber deren Abschluss im Bundesgebiet entweder nicht ganz anerkannt wird oder nur mit Hilfe eines Ergänzungsstudiums oder ergänzender Kurse verwertbar ist, können eine Förderung erhalten, sofern dies für eine angemessene berufliche Eingliederung notwendig ist. Auf diese Förderung besteht kein Rechtsanspruch.

31 Spätaussiedler bis zum vollendeten 30. Lebensjahr können nach den Bestimmungen für den Garantiefonds-Hochschulbereich (RL-GF-H) - Sprachkurse und Stipendien für Sonderlehrgänge erhalten.

### **Existenzgründungshilfen**

32 Spätaussiedler können die Existenzgründungsprogramme der KfW-Bankengruppe in Anspruch nehmen. Die bisherigen Angebote der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) und der Deutschen Ausgleichsbank sind im Rahmen der Fusion der beiden Institute zusammengeführt worden.

Zu den Angeboten gehören z. B. „StartGeld“ (Investitionskredite für Existenzgründer, kleine Unternehmer und freiberuflich Tätige) und die Produktfamilie „Unternehmerkapital“, die sowohl Hilfen für Neu-

gründungen als auch für bestehende Unternehmen anbietet.

Nähere Informationen sind unter <http://www.kfw-mittelstandsbank.de> oder im Infocenter der KfW Mittelstandsbank (Tel.: 01801-241124) erhältlich.

Anträge können bei jedem Kreditinstitut gestellt werden.

### **Entschädigungen**

33 Für die Freiheitsbeschränkung erhalten Spätaussiedler, die nach dem 31. Dezember 1992 ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland genommen haben, keine gesonderte Entschädigung. Nur ehemalige politische Häftlinge, die vor dem Stichtag des 1. Januar 1993 in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind, konnten noch bis zum 31. Dezember 1994 Anträge auf so genannte einmalige Eingliederungshilfen stellen.

Der Gewahrsam musste mindestens 3 Monate gedauert haben. Für die Eingliederungshilfen galten Höchstbeträge.

34 Für ehemalige politische Häftlinge kann die Stiftung für ehemalige politische Häftlinge, wenn der Häftling in seiner wirtschaftlichen Lage besonders beeinträchtigt ist, zusätzliche Unterstützungen gewähren. Auf die Förderung besteht kein Rechtsanspruch. Für ehemalige Kriegsgefangene besteht als entsprechende Einrichtung die Heimkehrerstiftung.

### **Organisation und Verfahren**

35 Der Aufnahmebescheid wird vom Bundesverwaltungsamt, Barbarastr. 1, 50728 Köln, erteilt. Die Spätaussiedlereigenschaft wird durch eine auf Antrag auszustellende Bescheinigung nachgewiesen. Diese Bescheinigung ist bei der Flüchtlingsverwaltung (Flüchtlings- oder Ausgleichsamt der Gemeinde oder des Kreises) zu beantragen.

36 Die Aufnahmehilfen im engeren Sinne (Rdnr. 15, 16) gewähren die Aufnahmestellen.

37 Leistungen bei Arbeitslosigkeit gewähren im Regelfall die örtlichen Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II (über abweichende Zuständigkeiten – z. B. der kreisfreien Städte oder der Landkreise erteilen die Agenturen für Arbeit oder die kommunalen Behörden Auskunft). Leistungen bei Krankheit erbringen die Allgemeinen Ortskrankenkassen, Versorgungs-

leistungen an ehemalige politische Häftlinge die Versorgungsämter.

38 Renten gewähren die Rentenversicherungsträger, Anträge sind über die örtlichen Versicherungsämter der Gemeinde oder des Kreises zu stellen.

39 Die Anerkennung von Zeugnissen, Schulabschlüssen, Diplomen und anderen Befähigungsnachweisen ist von den Ländern von Land zu Land unterschiedlich geregelt. Zur Geltung von Führerscheinen erteilt die Straßenverkehrsbehörde Auskunft.

40 Das Akademikerprogramm und die Leistungen nach dem Garantiefonds (Hochschulbereich) wickelt die Otto-Benecke-Stiftung, Kennedyallee 105-107, Postfach 260154, 53153 Bonn ab.

41 Anträge auf Entschädigung für Freiheitsentzug sind bei der Stadt- oder Kreisverwaltung zu stellen.

42 Die Anschrift der Heimkehrerstiftung ist: Konstantinstr. 56, Postfach 20 0653, 53136 Bonn, die der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge: Wurzerstr. 106, 53175 Bonn.

## Finanzierung

43 Die meisten Ausgaben für Hilfen an Aussiedler trägt der Bund, entweder unmittelbar, wie z. B. die Kosten der Erstaufnahmeeinrichtungen oder durch die Finanzierung von Stiftungen wie der Otto-Benecke-Stiftung, der Heimkehrerstiftung und der Stiftung für ehemalige politische Häftlinge.

44 Die Kosten der Integrationskurse trägt der Bund. Die Rentenversicherer tragen die durch die Anrechnung der Fremdreienzeiten entstehenden Kosten. Das gleiche gilt für die Träger der Unfallversicherung

bei der Gewährung von Renten für in Herkunftsgebieten erlittene Unfälle. Die Kosten der Leistungen bei Krankheit werden den Krankenkassen vom Bund ersetzt, zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 8 v. H. der aufgewandten Kosten, die von den Ländern getragen wird.

## Beratungsstellen und Auskunft

45 Das Bundesministerium des Innern gibt einen Wegweiser für Spätaussiedler – auch in russischer Sprache – heraus. Der Wegweiser enthält weiterführende Hinweise über zusätzliche Merkblätter und Auskunftsstellen. Auskunft zum Aufnahmeverfahren erteilt das Bundesverwaltungsamt, Barbarastr. 1, 50728 Köln.

## Rechtsgrundlagen

46 Das Gesetz zur Bereinigung von Kriegsfolgegesetzen (Kriegsfolgenbereinigungsgesetz - KfbG) vom 21. Dezember 1992 hat die Hilfen für Spätaussiedler, d. h. für Deutsche, die aus den Staaten Ost- und Südeuropas ausreisen und ihren ständigen Aufenthalt in Deutschland nehmen, grundlegend neu gestaltet. Das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz hat das Bundesvertriebenengesetz umfassend umgestaltet, zahlreiche andere Gesetze geändert, das Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz aufgehoben und das Gesetz über die Heimkehrerstiftung geschaffen.

47 Die Kernvorschriften über Hilfen an Spätaussiedler finden sich im Bundesvertriebenengesetz – Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (BVFG) –, einzelne Hilfen sind auch in allgemeinen Leistungsgesetzen wie z. B. dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch geregelt.



# 24

## Kriegsopferversorgung/ Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden

### Einführung

1 Kernstück der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden nach dem Sozialgesetzbuch ist die Kriegsopferversorgung, d. h. die Gesamtheit der staatlichen Leistungen, die nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz) den durch Krieg, militärischen oder militärähnlichen Dienst gesundheitlich geschädigten Personen und den Hinterbliebenen der infolge einer solchen Schädigung verstorbenen Personen erbracht werden.

2 Die Versorgung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen durch staatliche Geldleistungen entwickelte sich in Deutschland nach der Einführung der allgemeinen Wehrpflicht. Mit dem Reichsversorgungsgesetz wurde im Jahre 1920 erstmals ein klagbarer Anspruch auf Versorgung geschaffen. Dieses Gesetz rückte die Heilbehandlung und die Berufsfürsorge für Beschädigte in den Vordergrund und machte die Beschädigtenrente allein von der Minderung der Erwerbsfähigkeit abhängig.

3 Das Bundesversorgungsgesetz vom 21. Dezember 1950 (BGBl. I S. 791) vereinheitlichte das nach dem Zusammenbruch zersplitterte Versorgungsrecht. Es fasste die Versorgung für Schädigungen durch Kriegsdienst, militärischen Dienst in Friedenszeiten, militärähnlichen Dienst und für gesundheitliche Schädigungen von Zivilpersonen durch unmittelbare Kriegseinwirkungen in einem Gesetz zusammen.

4 Das Bundesversorgungsgesetz ist durch zahlreiche Gesetze geändert bzw. weiterentwickelt worden. Während sich diese Gesetze bis 1957 darauf beschränkten, die Rentenbeträge anzuheben und Erleichterungen bei der Anrechnung von Einkünften vorzusehen, wurde mit den Neuordnungsgesetzen von 1960, 1964 und 1967 das Leistungsgefüge wesentlich geändert.

5 Mit dem Ersten Neuordnungsgesetz begann die Umwandlung des Bundesversorgungsgesetzes von einem fürsorgerischen Gesetz zu einem Entschädigungsgesetz, das den beruflichen und wirtschaftlichen Schaden des Einzelnen in den Vordergrund rückte. Im Jahre 1976 wurde der Anspruch auf soziale Entschädigung im Ersten Buch des Sozialgesetzbuchs für diejenigen anerkannt, die einen Gesundheitsschaden erleiden, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht, sowie für deren Hinterbliebene.

6 Seit 1970 werden die laufenden Leistungen der Kriegsopferversorgung jährlich entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst (so genannte Dynamisierung). Bisher haben 33 weitere Anpassungen stattgefunden, die zum Teil mit so genannten strukturellen Verbesserungen verbunden waren.

7 Weitere wesentliche Leistungsverbesserungen sind im Jahre 1990 mit dem KOV-Strukturgesetz eingeführt worden.

8 In der ehemaligen DDR waren die Leistungen für Kriegsopfer an die Leistungen der Sozialversicherung gekoppelt. Beim Beschädigten setzten sie einen Körperschaden von mindestens (66 2/3)% voraus. Zeitlicher Zusammenhang des Körperschadens mit dem militärischen Dienst genügte. Mit der Bewilligung der Invaliden- oder Altersrente entfiel die Kriegsbeschädigtenrente, falls die andere Rente höher war. Der Anspruch auf Witwenrente hing davon ab, dass der Verstorbene die Voraussetzungen zum Bezug einer Kriegsbeschädigtenrente erfüllte. Neben einer Invaliden- oder Altersrente wurde die Witwenrente nur dann in voller Höhe gezahlt, wenn sie die höhere Rente war.

9 Das Bundesversorgungsgesetz ist zum 01.01.1991 mit einer Reihe von Maßgaben auf die neuen Bundes-

länder übergeleitet worden. Diese Maßgaben waren durch die Verhältnisse in den neuen Bundesländern oder durch die Überleitung selbst bedingt. Sie betreffen u. a. die Höhe der Leistungen, die Anpassung der Versorgungsbezüge, die Vermeidung von Doppelleistungen, die Fortgeltung früherer Entscheidungen, die Rückwirkung des Antrags bei späterer Antragstellung und eine Erleichterung des Verwaltungsverfahrens.

10 Die Maßgaben für das Beitrittsgebiet gelten für Berechtigte, die am 18.05.1990, dem Tag der Unterzeichnung des Vertrages über die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der ehemaligen DDR hatten, auch wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das bisherige Bundesgebiet verlegt haben oder verlegen.

11 Nach Erlass des Bundesversorgungsgesetzes machten weitere Bundesgesetze die Leistungen dieses Gesetzes zum Maßstab für Leistungen auf Grund anderer Schädigungstatbestände. Dies sind vor allem: das Häftlingshilfegesetz, das Soldatenversorgungsgesetz, das Zivildienstgesetz, das Bundes-Seuchengesetz (ab 01.01.2001: Infektionsschutzgesetz) und das Opferentschädigungsgesetz (OEG). Diese Gesetze stellen eigene Schädigungstatbestände auf und verweisen hinsichtlich ihrer Leistungen und deren besonderen Voraussetzungen auf die entsprechende Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes. Ihre Leistungen sind Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts im Sinne des Sozialgesetzbuchs.

12 Mit dem Einigungsvertrag sind das Häftlingshilfegesetz, das Soldatenversorgungsgesetz, das Bundes-Seuchengesetz (heute: Infektionsschutzgesetz), das Opferentschädigungsgesetz und das Unterhaltsbeihilfegesetz auf die neuen Bundesländer übergeleitet worden. Für die Versorgung gelten die gleichen Maßgaben wie für das Bundesversorgungsgesetz.

13 Das Opferentschädigungsgesetz gilt seither auch für Taten, die nach dem 02.10.1990 im Beitrittsgebiet begangen worden sind oder werden; für Gewalttaten aus der Zeit vom 07.10.1949 bis zum 02.10.1990 kommt die Härteregelung nach § 10a OEG in Betracht.

14 Für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in den neuen Bundesländern haben oder nach der Schädigung in das frühere Bundesgebiet verlegt haben, gilt das Opferentschädigungsgesetz, unabhängig vom Ort der Gewalttat,

mit den gleichen Maßgaben wie das Bundesversorgungsgesetz. Diese Maßgaben gelten entsprechend für Ausländer bei einer Schädigung in den neuen Bundesländern, sofern sie nicht ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen oder ständigen Aufenthalt in den alten Bundesländern haben.

15 Versorgung in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes sehen auch das 1992 erlassene Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz und das 1994 erlassene Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (beide jeweils 1997 neu bekannt gemacht) vor.

16 Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz sind Kriegsopfer und Berechtigte nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, in die Pflegeversicherung einbezogen worden. Soweit Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes als Entschädigungsleistungen besser sind als die der Pflegeversicherung, haben sie Vorrang, wie z. B. die Pflegezulage. Leistungen der Pflegeversicherung gehen zwar der Kriegsopferfürsorge vor, jedoch sieht diese weiterhin aufstockende Leistungen und Leistungen an Personen vor, die zwar pflegebedürftig, jedoch nicht hilflos sind. Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen mit Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder bei einer Pflegekasse versichert sind, wird der Beitrag erstattet.

17 Aufgrund des am 21.01.1998 in Kraft getretenen Gesetzes zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes können bei Verstößen gegen die Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit während der Herrschaft des Nationalsozialismus die Bewilligung von Leistungen sowohl der Beschädigten- als auch der Hinterbliebenenversorgung aufgrund von Neuanträgen versagt und bereits laufende Versorgungsleistungen ganz oder teilweise entzogen werden. Nach dem Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16.02.2001 können zwei Personen gleichen Geschlechts eine Lebenspartnerschaft auf Lebenszeit begründen, die wirksam wird, wenn die entsprechenden Erklärungen vor der zuständigen Behörde abgegeben werden. Die Lebenspartner gelten dann jeweils als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners soweit nicht anderes bestimmt ist. Dementsprechend werden die Lebenspartner in den einzelnen Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes behandelt.

18 Das Durchschnittsalter der rentenberechtigten Beschädigten nach dem Bundesversorgungsgesetz beträgt z. Zt. rd. 79, das der Witwen rd. 85 Jahre.

### Entwicklung der Zahl der Empfänger von Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (In- und Ausland)

Jahr	1952	1960	1970
Beschädigte	1 561 740	1 424 880	1 220 914
Witwen/Witwer	1 128 693	1 164 947	1 120 170
Waisen	1 438 232	431 156	50 803
Eltern	249 655	255 969	194 615
insgesamt	4 378 320	3 276 952	2 586 502

Jahr	1980	1990	2005
Beschädigte	924 104	600 146	226 373
Witwen/Witwer	950 278	678 240	277 355
Waisen	26 874	13 521	8 372
Eltern	79 317	15 535	343
insgesamt	1 980 673	1 307 442	512 423

1950-1960: Stand 30.9

ab 1970: Stand: 30.6.

### Berechtigte

19 Anspruch nach dem Recht der sozialen Entschädigung haben Personen, die durch den in den einzelnen Gesetzen für maßgebend erklärten Dienst oder durch die dort näher bestimmten Ereignisse eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben (Beschädigte) sowie die Hinterbliebenen von Personen, die infolge der Schädigung gestorben sind.

### Soziale Entschädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz

20 Schädigungstatbestände nach dem Bundesversorgungsgesetz sind gesundheitliche Schädigungen

- durch eine militärische oder militärähnliche Dienstverrichtung,
- durch einen Unfall während der Ausübung militärischen oder militärähnlichen Dienstes,
- durch die dem militärischen oder militärähnlichen Dienst eigentümlichen Verhältnisse,
- durch eine Kriegsgefangenschaft,
- durch eine Internierung wegen deutscher Staatsangehörigkeit oder deutscher Volkszugehörigkeit,
- durch offensichtlich unrechtmäßige Straf- oder Zwangsmaßnahmen im Zusammenhang mit militärischem oder militärähnlichem Dienst,
- durch unmittelbare Kriegseinwirkung oder
- durch einen Unfall als Beschädigter, Angehöriger eines Schwerbeschädigten, Hinterbliebener, Pflegeperson oder als notwendige Begleitperson eines Beschädigten bei der Durchführung von Maßnahmen der Heilbehandlung, von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, durch ein vom

### Versorgung von Kriegsopfern und gleichgestellten Personen innerhalb und außerhalb des Bundesgebiets/Anerkannte Versorgungsberechtigte, Anspruchsmonat: Februar 2006

Versorgungs- berechtigte	Bundes- versor- gungs- gesetz	Soldaten- versorgungs- gesetz	Zivil- dienst- gesetz	Gesetz über die Entschä- digung für Opfer von Gewalttaten <sup>*)</sup>	Infektions- schutz- gesetz <sup>**)</sup>	Häftlings- hilfegesetz	Sonstige Ge- setze, die Ver- sorgung in An- wendung des BVG vorsehen	Versor- gungsbe- rechtigte insgesamt
Beschädigte MdE 30 v.H.	78 451	7 709	127	5 838	234	691	566	93 616
Beschädigte MdE 40 v.H.	33 741	2 057	31	1 895	131	287	211	38 353
Beschädigte MdE 50 v.H.	35 391	1 266	25	1 163	185	217	161	38 408
Beschädigte MdE 60 v.H.	17 557	647	11	574	161	124	105	19 182
Beschädigte MdE 70 v.H.	15 337	445	3	350	134	87	72	16 428
Beschädigte MdE 80 v.H.	12 458	400	8	308	199	58	64	13 495
Beschädigte MdE 90 v.H.	6 486	248	5	163	141	29	25	7 097
Erwerbsunfähige	11 043	826	29	698	1 271	70	333	14 270
Beschädigte insgesamt	210 464	13 598	239	10 989	2 458	1 563	1 537	254 421
Witwen/Witwer	257 999	1 788	4	1 218	56	577	107	261 749
Halbwaisen	1 746	429	6	2 219	7	10	8	4 425
Vollwaisen	6 384	7	0	302	1	12	37	6 743
Elternteile	250	74	0	75	27	0	7	433
Elternpaare (Kopfzahl)	10	26	0	46	0	0	8	90
Versorgungsberechtigte insgesamt	476 867	15 922	249	14 849	2 549	2 162	1 704	527 861

\*) Enthält nicht die Fälle von Schleswig-Holstein

\*\*) Früher: Bundes-Seuchengesetz

Leistungsträger verlangtes persönliches Erscheinen sowie auf den damit verbundenen Wegen.

21 Militärischer Dienst ist jeder Dienst nach früherem deutschen Wehrrecht als Soldat oder Wehrmachtbeamter, der Dienst im Volkssturm, in der Feldgendarmarie und in den Heimatflakbatterien. Gleichgestellt ist der Dienst von Vertriebenen, die Deutsche oder deutsche Volkszugehörige sind, als Wehrpflichtige in ihrem Heimatstaat vor dem Ende des Zweiten Weltkriegs sowie der Dienst deutscher Staatsangehöriger in einer verbündeten Wehrmacht sowie der tschechoslowakischen oder österreichischen Wehrmacht, wenn der Berechtigte schon vor Ende des Krieges seinen ständigen Aufenthalt im Reichsgebiet hatte.

22 Militärähnlicher Dienst sind bestimmte Dienstleistungen, deren Hauptmerkmal eine enge Verbindung zur deutschen Wehrmacht oder zu ihren Zwecken oder zu sonstigen mit einem der beiden Weltkriege zusammenhängenden Maßnahmen des deutschen Staates ist, wie z. B. der Reichsarbeitsdienst, der Dienst der Wehrmachthelferinnen, des Personals der Freiwilligen Krankenpflege bei der Wehrmacht im Kriege, der Dienst auf Grund der Notdienstverordnung und der Dienst im Luftschutz während des Krieges.

23 Unmittelbare Kriegseinwirkungen sind nur zu berücksichtigen, wenn sie mit einem der beiden Weltkriege in Zusammenhang stehen. Zu ihnen zählen Kampfmittleinwirkungen, militärische oder behördliche Maßnahmen in Zusammenhang mit Kampfhandlungen, besondere Gefahren infolge Flucht oder infolge der militärischen Besetzung deutschen oder ehemals deutsch besetzten Gebietes sowie nachträgliche Auswirkungen kriegerischer Vorgänge.

24 Zwischen dem militärischen oder militärähnlichen Dienst oder der unmittelbaren Kriegseinwirkung und dem schädigenden Ereignis sowie zwischen dem schädigenden Ereignis und der Gesundheitsstörung muss ein ursächlicher Zusammenhang bestehen. Für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem schädigenden Ereignis und der Gesundheitsstörung genügt die Wahrscheinlichkeit.

25 Ist diese Wahrscheinlichkeit im Einzelfall nicht gegeben, weil in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit über die Ursache des festgestellten Leidens besteht, so kann das Leiden mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

(jetzt: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) dennoch als Schädigungsfolge anerkannt werden.

26 Leistungen sind – auch bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen – zu versagen, wenn der Berechtigte (Antragsteller) während der Herrschaft des Nationalsozialismus gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder der Rechtsstaatlichkeit verstoßen hat, sofern der Versorgungsantrag nach dem 13.11.1997 gestellt worden ist. Das Gesetz geht dabei davon aus, dass sich Anhaltspunkte für solche Verstöße insbesondere aus einer freiwilligen Mitgliedschaft in der SS ergeben können und schreibt für diesen Fall eine besonders intensive Prüfung vor. Berechtigten, die bereits Versorgung erhalten, sind die Versorgungsleistungen für die Zukunft ganz oder teilweise zu entziehen, wenn sie die Versagungsgründe erfüllen und ihr Vertrauen auf die Weitergewährung der Versorgungsleistungen auch angesichts der (geringeren) Schwere der Verstöße nicht überwiegend schutzbedürftig ist. Bei unbilligen Härten ist die Entziehung oder Minderung der Leistungen erst nach einer angemessenen Übergangsfrist vorzunehmen.

27 Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten Deutsche und deutsche Volkszugehörige, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Bundesversorgungsgesetzes haben. Ausländer haben dann einen Anspruch, wenn ihre Schädigung mit einem Dienst im Rahmen der deutschen Wehrmacht oder mit einem militärähnlichen Dienst für eine deutsche Organisation in ursächlichem Zusammenhang steht und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet haben. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn sie einen Anspruch auf Versorgung gegen ihren Heimatstaat haben.

28 Deutsche und deutsche Volkszugehörige erhalten auch dann Versorgung, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

29 Ist der Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben, so erhalten die Hinterbliebenen Versorgung. Hinterbliebene sind Witwen, Witwer, frühere Ehegatten, außerdem Witwen und Witwer, deren Ehe nach einer Wiederverheiratung aufgelöst worden ist, Waisen, Eltern und Großeltern sowie Ehegatten, Kinder, Eltern und Großeltern von Verschollenen.

30 Für Hinterbliebene gelten die Regelungen bei Verstoß gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit während der Herrschaft des

Nationalsozialismus ebenso wie für Beschädigte. Sie beziehen sich hierbei auf Verstöße der Person, von der sich die Versorgungsberechtigung der Hinterbliebenen ableitet.

31 Grundlegendes Erfordernis der Hinterbliebenenversorgung ist der ursächliche Zusammenhang zwischen der Schädigung und dem Tod. Aufgrund einer Rechtsvermutung ist beim Anspruch der Hinterbliebenen nicht erneut zu prüfen, ob ein Leiden zu Recht als Schädigungsfolge anerkannt war, wenn dieses Leiden zum Tode geführt hat.

32 In der Hinterbliebenenversorgung beziehen sich die Erfordernisse der Staatsangehörigkeit und des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthalts auf die Person der Hinterbliebenen.

### **Soziale Entschädigung nach anderen Gesetzen**

33 Versorgung nach dem Häftlingshilfegesetz in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erhalten Deutsche, die aus politischen Gründen in der ehemaligen DDR, in Berlin (Ost) oder in den im Bundesvertriebenengesetz genannten Vertreibungsgebieten in Gewahrsam genommen worden sind und dadurch eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben. Ist der Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben, so erhalten seine Hinterbliebenen Versorgung.

34 Soldaten der Bundeswehr, die eine Wehrdienstbeschädigung erlitten haben, sowie die Hinterbliebenen von ehemaligen Soldaten der Bundeswehr, die infolge einer Wehrdienstbeschädigung verstorben sind, erhalten nach dem Dritten Teil des Soldatenversorgungsgesetzes Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes.

35 Wehrdienstbeschädigungen sind gesundheitliche Schädigungen durch Wehrdienstverrichtung, Unfälle während der Dienstausbübung, wehrdiensteigentümliche Verhältnisse, Unfälle bei der Durchführung bestimmter Heilbehandlungsmaßnahmen, der Rehabilitation oder im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sowie durch bestimmte Wegeunfälle. Darüber hinaus kommen Schädigungen durch Angriffe auf den Soldaten wegen seines pflichtgemäßen dienstlichen Verhaltens, seiner Zugehörigkeit zur Bundeswehr oder, bei dienstlichem Aufenthalt im Ausland, durch Angriffe bei Kriegshandlungen, Aufruhr, Unruhen

oder durch gesundheitsschädigende Verhältnisse in Betracht, sofern der Soldat diesen Angriffen oder Verhältnissen am Aufenthaltsort besonders ausgesetzt war.

36 Versorgung wird auch bei gesundheitlichen Schädigungen während einer besonderen Verwendung des Soldaten im Ausland gewährt. Das ist die Verwendung bei humanitären und unterstützenden Maßnahmen, vor allem bei so genannten UNO-Blauhelmsätzen. Entschädigt werden Gesundheitsstörungen, die auf Verhältnissen beruhen, die von denen des Inlands wesentlich abweichen und denen der Soldat besonders ausgesetzt war.

37 Versorgung wird auch gewährt, wenn ein dienstlich im Ausland verwendeter Soldat, eine gesundheitliche Schädigung aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung im Zusammenhang mit einer Verschleppung oder Gefangenschaft erleidet. Versorgung in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes wird auch für gesundheitliche Schädigungen gewährt, die ein dienstlich im Ausland verwendeter Soldat, ein Familienangehöriger des Soldaten oder eine sonst zur häuslichen Gemeinschaft gehörende Person in diesem Land oder auf dem Hin- oder Rückweg nach oder von diesem Land durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff erleidet. Das gilt auch für Schädigungen in der Zeit zwischen dem 01.04.1956 und dem 29.07.1995, wenn der Geschädigte allein infolge dieser Schädigung schwerbeschädigt ist.

38 Das Zivildienstgesetz regelt die Versorgung beschädigter Zivildienstpflichtiger und deren Hinterbliebener. Insoweit entsprechen seine Vorschriften weitgehend denen des Dritten Teils des Soldatenversorgungsgesetzes.

39 Das Infektionsschutzgesetz, das auf Grund des Seuchenrechtsneuordnungsgesetzes vom 01.01.2001 an das Bundes-Seuchengesetz abgelöst hat, sieht für Impfgeschädigte und deren Hinterbliebene eine Versorgung nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes vor. Geschützt sind: Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die entweder von der zuständigen Behörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurden, auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet wurden, gesetzlich vorgeschrieben waren oder aufgrund der Verordnungen zur Ausführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften bei wieder einreisenden Personen vorgenommen wurden

sowie bestimmte Impfungen außerhalb des Bundesgebietes. Bei Impfung mit vermehrungsfähigen Erregern kommt Versorgung auch in Betracht, wenn diese Impfung einen Gesundheitsschaden bei einer anderen Person hervorruft.

40 Das Opferentschädigungsgesetz regelt die Versorgung für Personen, die durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff gegen ihre oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, sowie die Versorgung der Hinterbliebenen schädigungsbedingt gestorbener Gewaltopfer.

41 Tätlicher Angriff ist ein gewaltsames handgreifliches Vorgehen gegen eine Person in kämpferischer, feindseliger Absicht ohne Rücksicht auf dessen Erfolg. Keine Rolle spielt dabei, ob der Angriff gegen den Geschädigten selbst oder gegen eine andere Person gerichtet war. Vorsätzliches Handeln setzt nach dem Opferentschädigungsgesetz nicht die Schuldfähigkeit des Handelnden voraus. Daher ist eine Entschädigung auch bei einem tätlichen Angriff von Kindern oder Geisteskranken möglich. Ein tätlicher Angriff kann auch dann vorliegen, wenn der Täter, wie z. B. beim sexuellen Missbrauch von Kindern, keine nennenswerte Kraft aufwendet, um einen Widerstand des Opfers zu überwinden, sondern den Widerstand des Opfers durch Täuschung, Überredung oder sonstige Mittel ohne besonderen Kraftaufwand bricht oder gar nicht erst aufkommen lässt. Durch einen tätlichen Angriff verursacht ist auch eine Gesundheitsstörung, die der Angegriffene sich oder einem anderen durch eigenes Handeln (z. B. durch Ausweichen vor einer Angriffshandlung oder Flucht) zufügt, oder wenn der Handelnde bei der Abwehr eines gegen ihn oder einen andere Person gerichteten rechtswidrigen Angriffs in Notwehr gehandelt oder Nothilfe geleistet hat, sofern er nicht selbst die Notwehrsituation herbeigeführt hat.

42 Dem tätlichen Angriff stehen außerdem die vorsätzliche Giftbeibringung und die fahrlässige Herbeiführung einer Gefahr für Leib und Leben durch ein mit gemeingefährlichen Mitteln (z. B. Sprengstoff, Brandstiftung) begangenes Verbrechen gleich.

43 Entschädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz kommt nur in Betracht, wenn die Schädigung im Bundesgebiet oder auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug eingetreten ist. Entscheidend ist der Ort, an dem die Schädigung eingetreten ist.

44 Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz sind zu versagen, wenn der Geschädigte die Schädigung verursacht hat oder wenn es unbillig wäre, ihm Entschädigung zu gewähren.

45 Als Verursachung ist ein Verhalten des Geschädigten anzusehen, wenn es eine wesentliche Bedingung für den Eintritt der Schädigung war, z. B. wenn der Geschädigte den Angriff herausgefordert hat. Unbilligkeit bedeutet, dass die Leistungspflicht der Allgemeinheit im Einzelfall aus besonderen Gründen nicht gerechtfertigt erscheint.

46 Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz sind auch zu versagen, wenn der Geschädigte oder Antragsteller an politischen oder kriegerischen Auseinandersetzungen in seinem Heimatland aktiv beteiligt war oder ist und die Schädigung darauf beruht bzw. damit zusammenhängt, oder wenn er in die organisierte Kriminalität verwickelt ist oder war oder einer gewalttätigen Organisation angehört oder angehört hat.

47 Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz können versagt werden, wenn der Geschädigte es unterlassen hat, bei der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, z. B. nicht unverzüglich Strafanzeige erstattet hat.

48 Auf gesundheitliche Schädigungen aus einem tätlichen Angriff mit einem Kraftfahrzeug ist das Opferentschädigungsgesetz nicht anzuwenden. Für diese Schäden kommt der Entschädigungsfonds des Vereins Verkehrsofferhilfe e.V., Glockengießerwall 1V, 20095 Hamburg auf.

49 Anspruch auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz haben ausländische Staatsangehörige, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaats der Europäischen Gemeinschaften sind, wenn die Gegenseitigkeit mit ihrem Heimatstaat gewährleistet ist. Dabei kommt es auf die Staatsangehörigkeit des jeweiligen Antragstellers an.

50 Nicht erforderlich ist die Gegenseitigkeit auch bei Bürgern aus Staaten, für die Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaften oder zwischenstaatliche Vereinbarungen eine Gleichbehandlung mit Deutschen vorsehen, wie z. B. das Europäische Übereinkommen über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten.

51 Ausländer, die rechtmäßig für einen längeren Aufenthalt als sechs Monate im Bundesgebiet sind,



erhalten Leistungen wie Deutsche, wenn sie sich ununterbrochen rechtmäßig seit mindestens drei Jahren im Bundesgebiet aufhalten, andernfalls erhalten sie ausschließlich einkommensabhängige Leistungen. Ein rechtmäßiger Aufenthalt ist auch gegeben, wenn die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen oder auf Grund erheblicher öffentlicher Interessen ausgesetzt ist. Ausschließlich einkommensunabhängige Leistungen erhalten auch ausländische Geschädigte, die sich rechtmäßig für einen vorübergehenden Aufenthalt von längstens sechs Monaten im Bundesgebiet befinden, wenn sie mit einem Deutschen oder einem anspruchsberechtigten Ausländer verheiratet oder in gerader Linie verwandt sind oder wenn sie Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Übereinkommens sind, soweit dieser Staat keine Vorbehalte zu dem Übereinkommen erklärt hat.

52 Reist einer der zuvor genannten Ausländer endgültig aus, so erhält er eine Abfindung.

53 Für Touristen und Besucher, sowie für deren Hinterbliebene sieht das Gesetz eine einmalige Leistung vor. Geschädigte erhalten diese Leistung nur, wenn sie schwerbeschädigt sind.

54 Ursprünglich ließ das Opferentschädigungsgesetz Versorgung nur für Schädigungen zu, die nach 16.05.1976 eingetreten waren. Mit dem Ersten Änderungsgesetz ist eine Härteregelung für Schädigungen aus der Zeit zwischen dem 23.05.1949 und dem 15.05.1976 eingeführt worden. Danach erhalten Geschädigte Versorgung, wenn sie schwerbeschädigt und bedürftig sind. Einkommen wird auch auf die Grundrente, die Schwerstbeschädigtenzulage und die Pflegezulage angerechnet. Die besonderen Vergünstigungen für Pflegezulageempfänger bei der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag und dem Kinderzuschlag gelten nicht. Bedürftigkeit wird auch in der Hinterbliebenenversorgung gefordert. Ggf. findet eine Einkommensanrechnung auf die Grundrente statt. Berufsschadensausgleich für Beschädigte und Schadensausgleich für Witwen sind im Rahmen der Härteregelung ausgeschlossen. Sonstige Ausländer (Rdnr. 51) erhalten Versorgung, wenn die Gewalttat nach dem 30.06.1990 verübt wurde. Wurde die Gewalttat vor diesem Stichtag verübt, so kann ihnen Versorgung auf Grund der oben bezeichneten Härteregelung gewährt werden.

55 Versorgung in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhält nach dem Straf-

rechtlichen Rehabilitierungsgesetz auf Antrag, wer als Betroffener infolge der Freiheitsentziehung eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat und rehabilitiert worden ist. Hinterbliebene erhalten Versorgung (einschließlich Witwenbeihilfe), wenn der Betroffene an den Folgen der Schädigung gestorben ist. Für Betroffene in den neuen Bundesländern gelten die gleichen Maßgaben wie beim Bundesversorgungsgesetz.

56 Rehabilitiert werden können alle Personen, gegen die eine strafrechtliche Entscheidung eines staatlichen deutschen Gerichts im Beitrittsgebiet in der Zeit vom 08.05.1945 bis zum 02.10.1990 ergangen ist. Die Entscheidung wird aufgehoben, soweit sie mit wesentlichen Grundsätzen einer freiheitlichen rechtsstaatlichen Ordnung unvereinbar ist, d. h. wenn die angeordneten Rechtsfolgen in grobem Missverhältnis zu der zugrunde liegenden Tat stehen oder die Entscheidung der politischen Verfolgung gedient hat.

57 Die Rehabilitierung erfolgt auf Antrag durch Beschluss des zuständigen Gerichts (Landgericht oder Bezirksgericht).

58 Wer aufgrund einer Verwaltungsentscheidung einer deutschen behördlichen Stelle im Beitrittsgebiet aus der Zeit vom 08.05.1945 bis zum 02.10.1990 eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes, wenn die Verwaltungsentscheidung aufgehoben wird. Hinterbliebene erhalten Versorgung (einschließlich Witwenbeihilfe), wenn der Betroffene an den Folgen der Schädigung gestorben ist. Für Betroffene aus den neuen Bundesländern gelten die gleichen Maßgaben wie beim Bundesversorgungsgesetz. Die Verwaltungsentscheidung wird aufgehoben, wenn sie mit tragenden Grundsätzen eines Rechtsstaats schlechthin unvereinbar ist.

59 Die Aufhebung der Verwaltungsentscheidung erfolgt auf Antrag durch die Rehabilitationsbehörde des Landes, in dessen Gebiet nach dem Stande vom 03.10.1990 die Maßnahme ergangen ist.

60 Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz aufgrund der vorgenannten Rehabilitierungsgesetze wird nicht gewährt, wenn der Berechtigte oder derjenige, von dem die Berechtigung abgeleitet wird, gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder der Rechtsstaatlichkeit verstoßen oder in schwerwiegenderem Maße seine Stellung zum eigenen Vorteil oder zum Nachteil anderer missbraucht hat.

### Leistungen

61 Die Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz umfasst Heilbehandlung, Versehrtenleibestübungen, Krankenbehandlung, Kriegsopferfürsorge, Beschädigtenrente, Pflegezulage, Bestattungsgeld, Sterbegeld, Hinterbliebenenrente und Bestattungsgeld beim Tode von Hinterbliebenen. Renten und andere Geldleistungen werden seit dem 01.01.2002 in Euro festgestellt und gezahlt.

62 Renten für Berechtigte in den neuen Bundesländern werden mit dem Teilbetrag der im Bundesversorgungsgesetz festgesetzten Leistungen erbracht, der sich aus dem Verhältnis der verfügbaren Standardrente der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet zur verfügbaren Standardrente im bisherigen Bundesgebiet ergibt. Durch diese Anbindung und durch die Ableitung von den jeweils geltenden Rentenbeträgen nehmen die Renten der Kriegsopfer in den neuen Bundesländern automatisch an der Entwicklung der Sozialversicherungsrenten in diesem Gebiet teil.

63 Seit dem 01.07.2003 beträgt der Ableitungssatz für Renten in den neuen Bundesländern 87,91 v. H. der im Gesetz ausgewiesenen Beträge. Für die Grundrenten der Beschädigten nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Häftlingshilfegesetz, dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz und dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz gelten jedoch auf Grund einer neuen gesetzlichen Regelung im Anschluss an ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 01.01.1999 an die im Gesetz ausgewiesenen Beträge ungekürzt.

64 Der oben bezeichnete Ableitungssatz gilt nicht für Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung und der Kriegsopferfürsorge.

### Übersicht über die Höhe der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (gültig seit 1.7.2003)

monatlich Euro	alte Bundesländer	neue + Bundesländer
Führzulage (Leistung für Blinde)	141	124
Pauschbetrag für Kleider- und Wäscheverschleiß	18 bis 115	16 bis 101
Grundrente für Beschädigte bei einer MdE um		
30 v.H.	118	104 ++)
40 v.H.	161	142 ++)
50 v.H.	218	192 ++)
60 v.H.	275	242 ++)
70 v.H.	381	335 ++)
80 v.H.	461	405 ++)
90 v.H.	553	486 ++)
100 v.H.	621	546 ++)

Alterserhöhung zur Grundrente bei einer MdE um	50 u. 60 v.H.	24	21
	70 u. 80 v.H.	30	26
	90 u. 100 v.H.	37	33
Schwerstbeschädigtenzulage			
	Stufe I	71	62
	Stufe II	147	129
	Stufe III	221	194
	Stufe IV	294	258
	Stufe V	367	323
	Stufe VI	442	389
*Ausgleichsrente für Beschädigte bei einer MdE um	50 u. 60 v.H.	381	335
	70 u. 80 v.H.	461	405
	90 v.H.	553	486
	100 v.H.	621	546
*Ehegattenzuschlag		68	60
Pflegezulage	Stufe I	262	230
	Stufe II	448	394
	Stufe III	635	558
	Stufe IV	816	717
	Stufe V	1060	932
	Stufe VI	1304	1146
Grundrente	für Witwen/Witwer	372	327
*Ausgleichsrente	für Witwen/Witwer	412	362
Grundrente	für Halbweisen	105	92
	für Vollweisen	196	172
*Ausgleichsrente	für Halbweisen	184	162
	für Vollweisen	256	225
* Elternrente für	Elternpaar	504	443
	für Elternteil	351	309
*Erhöhungsbetrag beim Verlust mehrerer Kinder, je Kind			
	für Elternpaar	92	81
	für Elternteil	68	60
*Erhöhungsbetrag bei Verlust des einzigen, des letzten, aller oder von mindestens drei Kindern			
	für Elternpaar	285	251
	für Elternteil	207	182
**Bestattungsgeld beim Tod von Beschädigten wenn Beschädigter rentenberechtigt und Tod Schädigungsfolge		1498	1317
wenn Beschädigter rentenberechtigt, Tod aber nicht Schädigungsfolge		751	660
wenn Beschädigter nicht rentenberechtigt, Tod aber Schädigungsfolge bis zu		1498	1317
**Bestattungsgeld beim Tod von Hinterbliebenen beim Tod einer Witwe, die mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind hinterlässt in den übrigen Fällen		1498	1317
		751	660

+) Der Ableitungssatz für Leistungen an Berechtigte in den neuen Bundesländern beträgt seit dem 01.07.2003 87,91 v. H.

++) Nach § 84a BVG beträgt der Ableitungssatz für Beschädigtengrundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Häftlingshilfegesetz, dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz und dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz in den neuen Ländern ab 01.01.1999 100 v. H. Die angegebenen, auf einem Ableitungssatz von 87,91 v. H. beruhenden Beträge bleiben jedoch für Beschädigte nach den anderen Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären, von Bedeutung.

\*) Bei den einkommensabhängigen Leistungen (Ausgleichsrente, Ehegattenzuschlag und Elternrente) sind jeweils die Höchstbeträge angegeben. Diese Leistungen werden um das anzurechnende Einkommen gekürzt.

\*\*) Gesetzliche Leistungen für den gleichen Zweck sind anzurechnen.

## Empfänger ausgewählter Versorgungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und den Gesetzen, die Versorgung nach den Vorschriften des BVG vorsehen

### - Inlandsversorgung -\*)

(Anspruchsmonat Februar 2005)

Beschädigte	
Empfänger von	
Ausgleichsrente	23 655
Berufsschadensausgleich	33 535
Sonderfürsorgeberechtigte	26 508
davon:	
Blinde	1 342
Ohnhänder	200
Hirnbeschädigte	14 644
Querschnittgelähmte	298
Empfänger von	
Schwerstbeschädigtenzulage	7 563
Pflegezulage	10 082
Witwen/Witwer	
Empfänger von	
Witwenbeihilfe	83 651
wiederaufgelebter Witwenrente	42 673
Ausgleichsrente	83 690
Schadensausgleich	17 435
Halbwaisen	
Empfänger von	
Waisensorgung wegen	
Gebrechlichkeit	41 555
Ausgleichsrente	4 419
Vollwaisen	
Empfänger von	
Waisensorgung wegen	
Gebrechlichkeit	5 797
Ausgleichsrente	6 707
Elternteile	
Empfänger von	
Erhöhung bei Verlust mehrerer Kinder	26
Erhöhung bei Verlust des einzigen,	
des letzten, aller oder von	
mindestens 3 Kindern	148
Elternpaare	
Empfänger von	
Erhöhung bei Verlust mehrerer Kinder	1
Erhöhung bei Verlust des einzigen,	
des letzten, aller oder von	
mindestens 3 Kindern	12

\*) alte und neue Bundesländer.

65 Bei einkommensabhängigen Leistungen bezieht sich die Regelung auf den Betrag der vollen Rente. Sie gilt außerdem für den Bemessungsbetrag, von dem die Freibeträge für die Einkommensanrechnung und die Einkommensgrenzen für die Anrechnung des Einkommens abhängen.

## Leistungen für Beschädigte

### Heilbehandlung

66 Nach dem Bundesversorgungsgesetz hat die Heilbehandlung Vorrang vor der Gewährung von

Renten. Ihr Zweck ist es, die Gesundheitsstörung oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben und die Folgen der Schädigung zu erleichtern oder den Beschädigten entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Außerdem dient sie dem Zweck, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

67 Heilbehandlung wegen der Folgen der Schädigung erhalten Beschädigte ohne Rücksicht auf die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit, Heilbehandlung auch für Gesundheitsstörungen, die nicht Folgen einer Schädigung sind, wird dagegen nur Schwerbeschädigten gewährt. Diese haben außerdem für den Ehegatten und die Kinder sowie für sonstige Angehörige, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben, Anspruch auf Krankenbehandlung. Pflegezulageempfänger erhalten Krankenbehandlung auch für ihre unentgeltlich tätigen Pflegepersonen. Schwerbeschädigter ist, wer in seiner Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 v. H. beeinträchtigt ist.

68 Der Anspruch auf Heilbehandlung für Schädigungsfolgen besteht grundsätzlich ohne Rücksicht auf andere Ansprüche und die wirtschaftliche Lage des Beschädigten. Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen und Krankenbehandlung für Angehörige und Pflegepersonen werden dagegen aus fürsorgerischen Gründen gewährt und sind deshalb nachrangig gegenüber anderen Leistungsansprüchen; außerdem sind sie nicht zu gewähren, wenn der Beschädigte, der Angehörige oder die Pflegeperson wirtschaftlich so gestellt sind, dass sie der staatlichen Hilfe nicht bedürfen. Diese Leistungen sind u. a. ausgeschlossen,

- wenn der Berechtigte oder der Leistungsempfänger (Ehegatte, Kind, Pflegeperson) ein Bruttoeinkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (z. Zt. 3.900 Euro monatlich) übersteigt,
- wenn ein Sozialversicherungsträger (z. B. eine Krankenkasse) zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist, es sei denn, dass dem Anspruch des Berechtigten für sich nur ein Anspruch aus der Familienversicherung gegenübersteht oder

- wenn der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach dem 31.12.1982 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden ist.

Beschädigte, die wegen der Höhe ihres Einkommens an sich ausgeschlossen wären, aber wegen der Schädigungsfolgen keine private Krankenversicherung abschließen können, erhalten für ihre Person weiterhin Heilbehandlung. Ein Ausschluss wegen der Höhe des Einkommens findet bei Pflegezulageempfängern nicht statt.

69 Die Heilbehandlung umfasst ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln (u. a. Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie, Brillen und Kontaktlinsen) und Zahnersatz, Krankenhausbehandlung, stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, häusliche Krankenpflege, Versorgung mit Hilfsmitteln (Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Blindenführhunde), Belastungsproben und Arbeitstherapie, nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen sowie Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Soziotherapie. Im Rahmen der Heilbehandlung nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Opferentschädigungsgesetz werden darüber hinaus heilpädagogische Behandlung sowie heilgymnastische und bewegungstherapeutische Übungen gewährt, wenn diese bei der Heilbehandlung notwendig sind.

70 Der Umfang der Krankenbehandlung entspricht dem Umfang der Heilbehandlung, ausgenommen die Versorgung mit Zahnersatz. An ihrer Stelle werden Zuschüsse zum Zahnersatz gewährt.

71 Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung setzen voraus, dass der Versorgungsanspruch anerkannt ist. Sie können schon vorher gewährt werden, wenn die Anerkennung beantragt ist. Hat der Beschädigte eine ärztliche Behandlung vor der Anerkennung begonnen oder durchgeführt, ohne das Versorgungsamt oder die Krankenkasse in Anspruch zu nehmen oder hat er sich andere Leistungen (z. B. Hilfsmittel) selbst beschafft, so sind die notwendigen Kosten in angemessenem Umfang zu erstatten.

72 Die Heilbehandlung für Beschädigte wird durch folgende Leistungen ergänzt: Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, Leistungen bei

Schwangerschaft und Mutterschaft, Badekuren, Ersatzleistungen, Versehrtenleibesübungen, Versorgungskrankengeld und Beihilfe bei Beeinträchtigung der Erwerbsgrundlage sowie Haushaltshilfe und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach den Vorschriften für die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse. Die beiden erstgenannten Leistungen erhalten nur Schwerbeschädigte.

73 Im Rahmen der Krankenbehandlung für Angehörige werden die vorgenannten Leistungen mit Ausnahme der Badekuren, der Ersatzleistungen, der Versehrtenleibesübungen, des Versorgungskrankengeldes und der Beihilfe gewährt. Hinzu treten: Zuschüsse zum Zahnersatz sowie medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Leistungen zur Gesundheitsvorsorge in Form einer Kur entsprechend den Vorschriften der Krankenkasse.

74 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie Leistungen von anderen Leistungserbringern erhält der Berechtigte auf Vorlage einer Ausweiskarte. Krankenversicherte Beschädigte erhalten die Heilbehandlung für Schädigungsfolgen aufgrund der Krankenversicherungskarte ihrer Krankenkasse. Berechtigte haben bei der Behandlung von Schädigungsfolgen keine Praxisgebühr und keine Zuzahlungen zu entrichten. Das gilt auch für Berechtigte mit umfassenden Ansprüchen auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung, die von den Krankenkassen gemäß gesetzlichem Auftrag betreut werden. Ausnahmen gelten für nur für solche Leistungen, die nicht zur Heil- und Krankenbehandlung im engeren Sinne zählen und bei denen das Bundesversorgungsgesetz uneingeschränkt auf die Vorschriften für die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse verweist, wie z. B. Haushaltshilfen und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

75 Ersatzleistungen sind Geldleistungen zur Ergänzung der Hilfsmittelversorgung. Sie werden vornehmlich für die Beschaffung, Umrüstung und Instandhaltung von Kraftfahrzeugen, zur Beschaffung von Tonaufnahme- und Tonwiedergabegeräten sowie für Telefonausstattungen erbracht.

76 Der Zuschuss zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs kommt für einseitig Beinamputierte mit besonders schwierigen Amputationsverhältnissen, für Doppel-Beinamputierte und für Mehrfachamputierte in Betracht. Seine Höhe beträgt bis zu 3.579 Euro.

77 Beschädigte, die wegen ihrer Schädigungsfolgen und Schwerbeschädigte, die wegen anderer Behinde-

rungen auf Änderungen der Bedienungseinrichtungen, automatische Getriebe oder auf Zusatzgeräte im Kraftfahrzeug angewiesen sind, können Geldleistungen für die Umrüstung oder besondere Ausstattung ihres Fahrzeugs erhalten. Blinden werden Zuschüsse zur Beschaffung von Tonaufnahme- und -wiedergabegeräten gewährt. Die notwendigen Kosten für eine Zusatzausstattung des Telefons können übernommen werden, wenn Benutzer von Hörgeräten und Ohnhänder dringend auf diese besondere Ausstattung ihres Telefons angewiesen sind.

78 Badekuren (stationäre Behandlungen in Kureinrichtungen) können Beschädigten gewährt werden, um den Heilerfolg zu sichern, einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustands, dem Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Im Jahre 2005 sind 6.774 Badekuren durchgeführt worden.

79 Kuren sind im Regelfall nur im Abstand von mindestens drei Jahren zu bewilligen. Eine vorzeitige erneute Gewährung aus dringenden gesundheitlichen Gründen ist jedoch möglich.

80 Das Versorgungskrankengeld ist eine vorübergehende Geldleistung zum Ausgleich des infolge Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation entgehenden Einkommens. Es wird in erster Linie bei schädigungsbedingter Arbeitsunfähigkeit oder bei Maßnahmen wegen der Schädigungsfolgen gezahlt. Schwerbeschädigte erhalten Versorgungskrankengeld auch wegen anderer Gesundheitsstörungen, wenn die Heilbehandlung wegen dieser Gesundheitsstörungen nicht abgeschlossen ist.

81 Die Leistungsdauer bestimmt sich nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Dauer der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Ist die Arbeitsunfähigkeit nicht zu beseitigen, so endet die Leistung, wenn feststeht, dass die Arbeitsunfähigkeit in den nächsten 78 Wochen voraussichtlich nicht zu beseitigen ist, frühestens jedoch nach einer Zahlung für mindestens 78 Wochen; sie endet auch mit der Bewilligung einer Altersrente oder der Zahlung von Vorruhestandsgeld. Nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums wird das Versorgungskrankengeld jeweils entsprechend der Veränderung der Brutto Lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst.

82 Die Höhe des Versorgungskrankengeldes richtet sich nach dem Regelentgelt, das höchstens bis zur Leistungsbemessungsgrenze (360. Teil der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten für Jahresbezüge, zurzeit 175 Euro täglich – alte Bundesländer – bzw. 146, 67 Euro täglich – neue Bundesländer –) zu berücksichtigen ist. Das Versorgungskrankengeld beträgt 80 v. H. des Regelentgelts, darf jedoch das entgangene regelmäßige Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

### Renten für Beschädigte

83 Die Beschädigtenversorgung setzt sich je nach Umfang und Schwere der Schädigungsfolgen aus mehreren Rententeilen zusammen und kann so in schweren Schadensfällen zu beachtlichen Leistungen kumulieren. Das Gesetz sieht folgende Rentenleistungen vor:

- die Grundrente,
- die Schwerstbeschädigtenzulage,
- die Ausgleichsrente,
- den Ehegattenzuschlag,
- den Kinderzuschlag,
- den Berufsschadensausgleich,
- die Pflegezulage,
- die Führzulage für Blinde und
- den Pauschbetrag für Kleider- und Wäscheverschleiß.

Abgesehen von der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag, dem Kinderzuschlag und dem Berufsschadensausgleich ist die Höhe dieser Leistungen nicht vom Einkommen des Beschädigten abhängig.

### Grundrente

84 Grundrente erhalten Beschädigte von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 30 v. H. an. Sie ist von 10 zu 10 v. H. bis zur Erwerbsunfähigkeit (100 v. H.) gestaffelt. Von der Vollendung des 65. Lebensjahres an wird die Grundrente für Schwerbeschädigte erhöht.

85 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist maßgebend für die Höhe der Grundrente und der Ausgleichsrente. Andere Leistungen wie z. B. der Berufsschadensausgleich hängen von einer bestimmten Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit ab. Die



Minderung der Erwerbsfähigkeit ist nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Dabei sind seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu berücksichtigen. Für erhebliche äußere Körperschäden hat die Bundesregierung Mindestvornormensätze in den Verwaltungsvorschriften bestimmt.

86 Der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit hat darüber hinaus die Funktion, die negativen Auswirkungen der gesundheitlichen Folgen der Schädigung auf die berufliche Leistung des einzelnen Beschädigten in diesem Maßstab auszudrücken. Haben sich die Schädigungsfolgen nachteilig auf den vor der Schädigung ausgeübten oder begonnenen Beruf, auf den nachweislich angestrebten oder auf den Beruf ausgewirkt, der nach der Schädigung ausgeübt worden ist oder noch ausgeübt wird, so ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit höher zu bewerten.

87 Zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Begutachtung und Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales so genannte „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ heraus. Das Bundessozialgericht hat diesen Anhaltspunkten rechtsnormähnliche Qualität zuerkannt, jedoch beanstandet, dass die Anhaltspunkte nicht auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen. Auch ohne gesetzliche Ermächtigungsgrundlage binden die Anhaltspunkte jedoch Verwaltung und Gerichte und können nur in beschränktem Umfang nachgeprüft werden. Die von der Rechtsprechung angemahnte gesetzliche Grundlage für die Anhaltspunkte soll im Rahmen eines Änderungsgesetzes noch im Jahre 2006 geschaffen werden.

88 Die Grundrente ist eine Entschädigung für die Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit und soll die Mehraufwendungen oder Ausgaben, die ein Gesunder nicht hat, oder Ausfälle an wirtschaftlichen Vorteilen aus einer Betätigung außerhalb des Berufs ausgleichen. Sie dient somit nicht der Sicherstellung des Lebensunterhalts. Wegen ihres Leistungszwecks wird die Beschädigtengrundrente bei der Feststellung der einkommensabhängigen Leistungen (z. B. Ausgleichsrente) nicht als Einkommen berücksichtigt. Sie bleibt darüber hinaus in vielen anderen Leistungsbereichen unberücksichtigt.

### Schwerstbeschädigtenzulage

89 Schwerstbeschädigtenzulage in sechs Stufen erhalten erwerbsunfähige Beschädigte, die durch die

Folgen der Schädigung außergewöhnlich betroffen sind.

90 Die Schwerstbeschädigtenzulage differenziert zwischen den einzelnen erwerbsunfähigen Beschädigten, weil bei diesen unterschiedlich schwere Schädigungsfolgen vorliegen können.

91 Bei der Schwerstbeschädigtenzulage werden die Schädigungsfolgen nach einem Punktsystem bewertet. Dabei werden Schädigungsfolgen mit einer niedrigen MdE unberücksichtigt gelassen oder geringer bewertet, während das funktionell besonders ungünstige Zusammentreffen von schweren Schädigungsfolgen mit Punktzuschlägen bedacht wird. Schwerstbeschädigtenzulage wird bei mindestens 130 Punkten nach Stufe I gewährt. Diese wird z. B. erreicht, wenn der Verlust einer Hand und eines Oberschenkels zusammentreffen; Stufe VI erhält ein Beschädigter, bei dem Blindheit mit Taubheit und dem Verlust einer Hand zusammentrifft.

92 Pflegezulageempfänger der Stufen III bis V erhalten mindestens Schwerstbeschädigtenzulage der Stufen I, II bzw. III.

### Abgeltung des wirtschaftlichen Schadens

93 Zum Ausgleich wirtschaftlicher Folgen der Schädigung, die nicht in schädigungsbedingten Mehraufwendungen bestehen, stehen Berufsschadensausgleich, Ausgleichsrente, Ehegattenzuschlag und der aus der Erhöhung der MdE resultierende Mehrbetrag an Grundrente zur Verfügung.

94 Der Berufsschadensausgleich gleicht die schädigungsbedingte Einbuße an Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit sowie die Auswirkungen dieses Einkommensverlustes auf die Höhe der Altersversorgung aus. Ausgleichsrente und Ehegattenzuschlag stellen den Lebensunterhalt des Beschädigten zusammen mit den anderen Leistungen (z. B. der Heilbehandlung für Nichtschädigungsfolgen und der Krankenbehandlung für Angehörige von Schwerbeschädigten) und dem Einkommen des Beschädigten sicher. Die Ausgleichsrente wird bei der Feststellung des Berufsschadensausgleichs berücksichtigt, der Ehegattenzuschlag nur bei der alternativen Berechnung des Berufsschadensausgleichs.

95 Ausgleichsrente, Berufsschadensausgleich und Höherbewertung der MdE wegen besonderen beruflichen Betroffenseins kommen nicht in Betracht, solange Maßnahmen zur Rehabilitation Erfolg ver-



sprechend und zumutbar, jedoch noch nicht abgeschlossen sind.

### **Ausgleichsrente**

96 Ausgleichsrente wird Schwerbeschädigten gewährt. Ihre Höhe ist von der MdE und dem sonstigen Einkommen des Beschädigten abhängig. Die Höhe der vollen Ausgleichsrente ist nach MdE-Graden gestaffelt. Für Beschädigte mit einer MdE um 50 und 60 v. H. sowie für Beschädigte mit einer MdE um 70 und 80 v. H. wird Ausgleichsrente in gleicher Höhe gewährt. Mit der Ausgleichsrente soll den Schwerbeschädigten ein Beitrag zu ihrem Lebensunterhalt geleistet werden. Der Anspruch auf Ausgleichsrente setzt voraus, dass der Beschädigte infolge seines Gesundheitszustands, hohen Alters oder aus sonstigen Gründen keine zumutbare Tätigkeit ausüben oder nur in beschränktem Maße oder nur mit überdurchschnittlichem Kräfteaufwand ausüben kann. Grundsätzlich sind alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert anzurechnen. Unberücksichtigt bleiben lediglich die in einem Katalog der Ausgleichsrentenverordnung genannten Einkünfte. Im Prinzip sind dies Leistungen, die entweder dem Ausgleich von Mehraufwendungen dienen (z. B. Pflegegeld) oder die gegenüber den BVG-Leistungen nachrangig sind (z. B. Sozialhilfe) oder die anderen Zwecken als der Sicherstellung des Lebensunterhalts dienen (z. B. vermögenswirksame Leistungen).

97 Einkommen wird nach Abzug von Freibeträgen angerechnet. Ausgehend vom Bruttoeinkommen bleiben bei Einkünften aus gegenwärtiger Erwerbstätigkeit derzeit 386 Euro (neue Bundesländer 339 Euro) monatlich und vom darüber hinausgehenden Betrag rd. 64 v. H. anrechnungsfrei; bei den übrigen Einkünften bleiben 167 Euro (neue Bundesländer 147 Euro) und von dem Rest rd. 44 v. H. anrechnungsfrei. Die Höhe der Freibeträge richtet sich nach einem gesetzlich festgelegten Bemessungsbetrag, der jährlich um den Vomhundertsatz angepasst wird, um den sich die Brutto-lohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im Kalenderjahr vor der Anpassung gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Durch diese Bruttoanpassung wird u. a. gewährleistet, dass dem Berechtigten die Erhöhung der Sozialrenten verbleibt und er an der Anpassung der Ausgleichsrenten teilnimmt. Die Anrechnung von Einkommen vollzieht sich in 200 Stufen nach der so genannten Anrechnungsverordnung.

98 Pflegezulageempfänger der Stufen I und II erhalten wenigstens die Hälfte der vollen Ausgleichsrente, Pflegezulageempfänger mindestens der Stufe III stets die volle Ausgleichsrente.

### **Ehegattenzuschlag**

99 Schwerbeschädigte erhalten einen Ehegattenzuschlag, auch wenn die Ehe aufgelöst oder für nichtig erklärt worden ist, der Schwerbeschädigte aber in seinem Haushalt für ein Kind sorgt. Das nach den Grundsätzen für die Feststellung der Ausgleichsrente ermittelte anzurechnende Einkommen wird insoweit berücksichtigt, als es den Betrag übersteigt, der zum Wegfall der Ausgleichsrente geführt hat. Pflegezulageempfänger erhalten den vollen Ehegattenzuschlag.

### **Kinderzuschlag**

100 Kinderzuschlag wird Schwerbeschädigten erbracht. Da diese Leistung entfällt, wenn für das Kind ein Anspruch nach dem Bundeskindergeldgesetz besteht, erhalten diesen Zuschlag, der in Höhe des gesetzlichen Kindergeldes gezahlt wird, im Wesentlichen nur noch Berechtigte im Ausland. Die Ausführungen über die Anrechnung von Einkommen auf den Ehegattenzuschlag gelten auch für den Kinderzuschlag. Der Kinderbegriff umfasst auch die in den Haushalt des Beschädigten aufgenommenen Stiefkinder. Die Leistung wird bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, bei Schul- oder Berufsausbildung oder Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres bis zum 27. Lebensjahr, bei Eintritt von Gebrechlichkeit vor Vollendung des 27. Lebensjahres unter bestimmten Voraussetzungen auch darüber hinaus gewährt.

### **Berufsschadensausgleich**

101 Berufsschadensausgleich erhalten Beschädigte zur Abgeltung der wirtschaftlichen Folgen der Schädigung, soweit diese in einer Einbuße an Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit bestehen. Er ist eine Entschädigungsleistung und steht dem Beschädigten neben der Ausgleichsrente und dem Ehegattenzuschlag zur Verfügung. Der Berufsschadensausgleich richtet sich bei Beschädigten nach dem im Einzelfall eingetretenen Verlust an Erwerbseinkommen. Nach dem Eintritt in das Rentenalter gleicht der Berufsschadensausgleich einen Verlust an Renteneinkommen aus.

102 Schädigungsbedingter Einkommensverlust ist der Unterschiedsbetrag zwischen dem derzeitigen Bruttoeinkommen aus gegenwärtiger oder früherer

Tätigkeit und dem höheren Erwerbseinkommen, das der Beschädigte ohne die Schädigung wahrscheinlich erzielt hätte (so genanntes Vergleichseinkommen). Derzeitiges Einkommen aus anderen Einkunftsarten wird wegen der Zielsetzung des Berufsschadensausgleichs, den beruflichen Schaden auszugleichen, nicht berücksichtigt.

*103* Die Vergleichseinkommen sind Bruttoeinkommen. Sie werden aus den Durchschnittseinkommen von Berufs- und Wirtschaftsgruppen aufgrund der Erhebungen des Statistischen Bundesamtes ermittelt oder aus den Besoldungs- und Vergütungstabellen für den öffentlichen Dienst entnommen und nach Hochrechnung auf aktuelle Werte jährlich in Tabellen bekannt gemacht.

*104* Für Berechtigte in den neuen Bundesländern werden die Vergleichseinkommen aus den geltenden Tabellen mit dem Vmhundertsatz ermittelt, der für die Höhe der Rentenleistungen maßgebend ist.

*105* Im Einzelfall wird festgestellt, welcher Berufs- und Wirtschaftsgruppe der Beschädigte ohne die Schädigung nach seinen Lebensverhältnissen, Kenntnissen und Fähigkeiten und dem bisher betätigten Arbeits- und Ausbildungswillen wahrscheinlich angehört hätte und in welcher Leistungsgruppe er tätig wäre.

*106* Bei der Feststellung des Berufsschadensausgleichs werden von dem Vergleichseinkommen, das als fiktives Bruttoeinkommen individuell festgestellt worden ist, das derzeitige Bruttoeinkommen und die Ausgleichsrente abgezogen. 42,5 v. H. dieses Einkommensverlustes werden als Berufsschadensausgleich gezahlt. Ist die Grundrente wegen besonderen beruflichen Betroffenseins erhöht worden, so ruht der Berufsschadensausgleich in Höhe des Mehrbetrages an Grundrente.

*107* Berufsschadensausgleich wird auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben gezahlt. Dabei ist von dem Alterseinkommen auszugehen, das sich ohne die Schädigung ergeben hätte. Für die Zeit nach dem Eintritt in das Rentenalter ist eine Kürzung des Vergleichseinkommens auf 75 v. H. vorgesehen. Der jeweilige Zeitpunkt hierfür ist in der Berufsschadensausgleichs-Verordnung bestimmt; spätestens ist das die Vollendung des 65. Lebensjahres.

*108* Für Beschädigte, die im Laufe ihres Berufslebens nur zeitweise ein schädigungsbedingt gemindertes Erwerbseinkommen gehabt haben, sieht das Gesetz nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben einen

Berufsschadensausgleich vor, der sich ausschließlich an dem eingetretenen Rentenverlust orientiert. Eine andere Sonderform ist für Hausfrauen vorgesehen, denen infolge der Schädigung Mehraufwendungen im Haushalt entstehen.

*109* Neben die Brutto-Berechnung des Berufsschadensausgleichs ist im Jahre 1990 alternativ eine Nettoberechnung (so genannte nettoorientierte Mindestklausel) getreten. Ist diese Berechnung für den Beschädigten günstiger, so erhält der Beschädigte Berufsschadensausgleich nach dieser Regelung. Die alternative Berechnung ist bei jeder Veränderung der maßgebenden Tatsachen erneut vorzunehmen. Hat der Beschädigte nach Vollendung des 65. Lebensjahres ununterbrochen mindestens zwölf Monate Berufsschadensausgleich nach der Nettoberechnungsart bezogen, so ist eine Rückkehr zur Bruttoberechnung nicht mehr möglich.

*110* Die Nettoberechnung zielt darauf ab, den durch die Schädigung eingetretenen Nettoschaden zu ersetzen und Nachteile der Bruttoberechnung auszugleichen. Da der Berufsschadensausgleich bei der Bruttoberechnung von einem Bruttoeinkommensverlust ausgeht und darauf eine einheitliche Abgeltungsquote anwendet, ergeben sich infolge der unterschiedlichen Steuer- und Beitragsbelastung jeweils unterschiedliche wirtschaftliche Ergebnisse, bezogen auf den entschädigungsrechtlich gebotenen Ersatz des verloren gegangenen Nettoeinkommens.

*111* Die netto-orientierte Mindestklausel geht von einem für den einzelnen Beschädigten festgestellten Nettovergleichseinkommen aus, von dem das derzeitige Nettoeinkommen des Beschädigten sowie die Ausgleichsrente und der Ehegattenzuschlag abgezogen werden.

*112* Bei der Feststellung ist zu unterscheiden zwischen Beschädigten, die ohne die Schädigung noch erwerbstätig wären und den übrigen Beschädigten.

*113* Bei der Ermittlung des Nettovergleichseinkommens und des derzeitigen Nettoeinkommens werden zur Berücksichtigung der Steuer- und Beitragsbelastung pauschal bestimmte Vmhundertsätze vom Bruttovergleichseinkommen bzw. vom derzeitigen Bruttoeinkommen abgezogen. Dabei wird beim Einkommen aus Erwerbstätigkeit zwischen Verheirateten und Ledigen unterschieden.

*114* Bei Beschädigten, die im Rentenalter stehen, wird als ohne die Schädigung zu erwartendes Nettoeinkommen (fiktives Nettoalterseinkommen) 50 v. H.

des (Brutto-)Vergleichseinkommens angesetzt. Dies entspricht bei einer Altersversorgung ausschließlich aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Abzug der Hälfte des Beitrags für die Krankenversicherung der Rentner etwa dem Ergebnis nach einem vollen Arbeitsleben.

115 Dem fiktiven Nettoalterseinkommen wird außer der Ausgleichsrente und dem Ehegattenzuschlag das Nettoeinkommen aus früherer Erwerbstätigkeit gegenübergestellt. Von Sozialrenten wird dabei die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner abgezogen.

116 Rentenberechtigte Beschädigte, die mit ihren Angehörigen einen gemeinsamen Haushalt führen oder ohne die Schädigung zu führen hätten, erhalten als Berufsschadensausgleich einen Betrag in Höhe der Hälfte der schädigungsbedingten Mehraufwendungen bei der Haushaltsführung.

### **Ausgleich schädigungsbedingter Mehraufwendungen**

#### **Pflegezulage**

117 Pflegezulage in 6 Stufen erhalten Beschädigte, die infolge der Schädigung hilflos sind. Hilflos ist der Beschädigte, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III, erwerbsunfähige Hirnbeschädigte mindestens Pflegezulage nach Stufe I.

118 Muss der Pflegezulageempfänger eine Pflegekraft gegen Entgelt beschäftigen, so werden ihm der Bruttolohn und die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung und zur Bundesagentur für Arbeit durch Erhöhung der Pflegezulage erstattet. Wird der Pflegezulageempfänger von einem Elternteil oder seinem Ehegatten noch zusätzlich gepflegt, so ist aus der pauschalen Pflegezulage nur ein Viertel der Aufwendungen für fremde Pflege zu tragen.

119 Bei einem Krankenhausaufenthalt wird Pflegezulageempfängern der Stufen I und II die Pflegezulage bis zum Ablauf des ersten, den übrigen Pflegezulageempfängern bis zum Ablauf des 12. Monats nach der Aufnahme weiter gezahlt. Die Aufwendungen für eine fremde Pflegekraft werden auch weiterhin übernommen, solange eine Kündigung des Arbeitsvertrages mit der Pflegekraft nicht zumutbar ist.

120 Bei einem Krankenhausaufenthalt unmittelbar im Anschluss an die Entstehung der Hilflosigkeit oder bei Eintritt der Hilflosigkeit während eines Krankenhausaufenthalts wird Pflegebeihilfe in Höhe von mindestens einem Viertel der Pflegezulage der Stufe I gezahlt.

121 Ist der Beschädigte so hilflos, dass er auf Pflege in einer Pflegeeinrichtung angewiesen ist, so können die Kosten dafür übernommen werden.

#### **Blindenführzulage**

122 Neben der Pflegezulage erhalten Blinde eine Blindenführzulage.

#### **Ersatz für Kleider- und Wäscheverschleiß**

123 Der Pauschbetrag als Ersatz für Kleider- und Wäscheverschleiß soll Mehraufwendungen ausgleichen, die durch einen schädigungsbedingten außergewöhnlichen Verschleiß an Kleidung oder Wäsche entstehen. Typische Schädigungsfolgen werden in einer Rechtsverordnung bewertet.

#### **Kriegsopferfürsorge**

124 Die Kriegsopferfürsorge dient der Ergänzung der übrigen Leistungen für Beschädigte und Hinterbliebene im Einzelfall. Dabei werden Beschädigte auch dann berücksichtigt, wenn sie nur Anspruch auf Heilbehandlung wegen der Schädigungsfolgen haben. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit die Beschädigten infolge der Schädigung und die Hinterbliebenen infolge des Verlustes des Angehörigen nicht in der Lage sind, ihren Lebensbedarf aus den übrigen, vorrangig zu erbringenden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und dem sonstigen Einkommen oder Vermögen zu decken. Die Prüfung der Kausalität wird durch eine Vermutung erleichtert. Bei der Bemessung der Leistungen der Kriegsopferfürsorge sind andere Einkünfte nur eingeschränkt zu berücksichtigen. Grundrenten und Schwerstbeschädigtenzulagen bleiben außer Betracht. Beim Vermögen dürfen bestimmte Vermögensgegenstände, z. B. ein Familienheim, nicht berücksichtigt werden.

125 Art und Umfang der Leistungen werden von Inhalt und Ausmaß des Bedarfs bestimmt. In Betracht kommen persönliche Hilfe, Geld- und Sachleistungen. Das Ausmaß der Hilfe ergibt sich aus der Differenz zwischen dem anzuerkennenden Bedarf und den einzusetzenden Mitteln.

### **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen**

126 Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben hat Vorrang vor der Gewährung von Renten, die dem Ausgleich des beruflichen Schadens oder der Sicherung des Lebensunterhalts dienen. Der Beschädigte erhält daher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch einschließlich eines Übergangsgeldes.

### **Erziehungsbeihilfe**

127 Mit der Gewährung von Erziehungsbeihilfe für Kinder von Beschädigten und für Waisen übernimmt der Staat Aufwendungen, die sonst dem Vater obliegen hätten. Die Hilfen umfassen die Aufwendungen für den gesamten Lebensunterhalt und die Erziehung des Kindes.

### **Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt**

128 Reichen in besonderen Fällen die Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz nicht aus, um den notwendigen Lebensunterhalt zu bestreiten, kommt ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt in Betracht. Dabei wird dem nach Regelsätzen ermittelten Bedarf das gesamte einzusetzende Einkommen (d. h. das um Abzüge verminderte Einkommen) gegenübergestellt.

### **Hilfe zur Pflege**

129 Hilfe zur Pflege erhalten Beschädigte und Hinterbliebene, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. Leistungen der Pflegeversicherung gehen der Hilfe zur Pflege vor, doch sieht diese aufstockende Leistungen bis zur vollen Kostenübernahme vor. Eigenes Einkommen und Vermögen ist erst oberhalb der Leistungsgrenzen des Pflege-Versicherungsgesetzes einzusetzen. Außerdem erhalten Personen, die zwar pflegebedürftig, jedoch noch nicht so hilflos sind, dass sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können oder die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als die durch die Pflegeversicherung abgedeckten Verrichtungen bedürfen, Leistungen der Kriegsopferfürsorge. Pflegegeld kann

im Rahmen der Hilfe zur Pflege in drei Stufen gewährt werden.

130 Als weitere Leistungen der Kriegsopferfürsorge kommen Erholungshilfe, Wohnungshilfe, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Altenhilfe und Krankenhilfe in Betracht. Außerdem werden Hilfen in besonderen Lebenslagen erbracht. Für Gruppen besonders schwer betroffener Beschädigter ist eine Sonderfürsorge vorgesehen.

### **Leistungen für Hinterbliebene**

#### **Leistungen für Witwen**

131 Witwenversorgung erhalten außer Witwen auch Witwer, frühere Ehegatten des Verstorbenen (bei Scheidung, Aufhebung oder Nichtigerklärung der Ehe), Witwen, deren Ehe nach der Wiederverheiratung aufgelöst oder für nichtig erklärt wurde, Ehegatten von Verschollenen und Ehegatten von Kriegsgefangenen (nach dem Unterhaltsbeihilfegesetz). Zur Witwenversorgung gehören: Krankenbehandlung, Grundrente, Ausgleichsrente, Schadensausgleich und Leistungen der Kriegsopferfürsorge.

#### **Krankenbehandlung für Witwen**

132 Witwen erhalten Krankenbehandlung für sich und, während einer beruflichen Rehabilitation, auch für Angehörige. Art und Umfang decken sich mit den Leistungen für Angehörige von Schwerbeschädigten. Für den Ausschluss des Anspruchs gelten die gleichen Vorschriften wie bei der Heilbehandlung für Schwerbeschädigte.

133 Witwen erhalten zur Ergänzung der Krankenbehandlung: Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen, Zuschüsse zur Beschaffung von Zahnersatz, Leistungen zur Gesundheitsvorsorge in Form einer Kur und Haushaltshilfe. Witwen, die nicht krankenversichert sind, erhalten in Ausnahmefällen auch Versorgungskrankengeld.

#### **Grundrente**

134 Grundrente und Ausgleichsrente der Witwe sollen zusammen den Unterhaltsbedarf decken. Dabei kommt der Grundrente die Aufgabe eines pauschalierten Teilausgleichs einer typischen Verschlechterung des Unterhaltsstandards der Hinterbliebenen zu. Aus diesem Grund wird die Witwengrundrente beim

entschädigungsrechtlich gestalteten Schadensausgleich als Einkommen berücksichtigt.

### **Ausgleichsrente**

*135* Ausgleichsrente erhalten Witwen, die mindestens die Hälfte der Erwerbsfähigkeit verloren haben oder 45 Jahre alt sind oder für ein Kind des Verstorbenen oder ein eigenes, nach dem Recht der sozialen Entschädigung rentenberechtigtes Kind sorgen oder gesorgt haben oder aus anderen zwingenden Gründen nicht erwerbstätig sind.

*136* Die Höhe der Witwenausgleichsrente ist u. a. von dem sonstigen Einkommen der Witwe abhängig. Auf die Ausgleichsrente wird Einkommen jeder Art nach Abzug von Freibeträgen stufenweise angerechnet. Dabei wird zwischen Einkünften aus gegenwärtiger Erwerbstätigkeit und übrigen Einkünften unterschieden. Die Vorschriften der Ausgleichsrentenverordnung für Beschädigte gelten mit geringfügigen Abweichungen. Das anzurechnende Einkommen wird nach der Anrechnungsverordnung ermittelt.

*137* Einkommen wird auf die Ausgleichsrente mit geringeren Sockelfreibeträgen angerechnet als bei Beschädigten. Diese Freibeträge, die ursprünglich den Freibeträgen bei der Beschädigtenausgleichsrente entsprachen, wurden seinerzeit herabgesetzt, um – im Zusammenwirken mit einer gleichzeitigen Erhöhung der vollen Ausgleichsrente – insbesondere den Witwen mit keinem oder geringem Einkommen wirtschaftlich zu helfen.

### **Schadensausgleich**

*138* Der Schadensausgleich für Witwen dient der Abgeltung des wirtschaftlichen Schadens. Er kommt für Witwen in Betracht, die die Voraussetzungen für den Bezug der Ausgleichsrente erfüllen.

*139* Bei der Berechnung des Schadensausgleichs wird der Hälfte des Einkommens, das der Verstorbene ohne die Schädigung erzielt hätte, die Summe aus dem Bruttoeinkommen der Witwe, der Grundrente, dem Pflegeausgleich und der Ausgleichsrente gegenübergestellt. Der Schadensausgleich beträgt 42,5 v. H. des Unterschiedsbetrages.

*140* Bei der Ermittlung des Einkommens, das der Verstorbene ohne die Schädigung erzielt hätte, ist von dem (Brutto-)Vergleichseinkommen der Berufs- oder Wirtschaftsgruppe, der der Verstorbene angehört hat oder ohne die Schädigung nach seinen

Lebensverhältnissen, Kenntnissen und Fähigkeiten wahrscheinlich angehört hätte, auszugehen.

*141* Von dem Zeitpunkt an, zu dem der Verstorbene 65 Jahre alt geworden wäre, ist das maßgebliche Vergleichseinkommen auf 75 v. H. herabzusetzen. Dadurch wird berücksichtigt, dass der Verstorbene spätestens mit diesem Zeitpunkt in den Ruhestand getreten wäre und ein geringeres Alterseinkommen als das Einkommen aus Erwerbstätigkeit hätte. Eine Übergangsregelung erleichtert die Umstellung.

*142* Bei Witwen von Pflegezulageempfängern mindestens nach Stufe III wird, wenn es günstiger ist, die Hälfte eines Vergleichseinkommens entsprechend der Besoldungsgruppe eines Oberregierungsrates zugrunde gelegt. Gleichgestellt sind Witwen von Beschädigten, die einen Anspruch auf Pflegezulage nicht geltend machen konnten, weil sie vor dem 01.01.1991 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten. Bei dieser Regelung wird das Vergleichseinkommen nicht mit dem Zeitpunkt herabgesetzt, zu dem der Verstorbene 65 Jahre alt geworden wäre.

*143* Dem ermittelten Vergleichseinkommen sind Einkünfte jeglicher Art in Geld oder Geldeswert gegenüberzustellen.

*144* Neben die Bruttoberechnung des Schadensausgleichs ist 1990 eine netto-orientierte Mindestklausel getreten, die zugrunde zu legen ist, wenn das Ergebnis für die Witwe günstiger ist.

*145* Die netto-orientierte Mindestklausel soll Unausgewogenheiten des auf Bruttowerten basierenden Systems ausgleichen und eine volle Entschädigung des Nettoverlustes anstreben. Sie geht davon aus, dass ein Erwerbstätiger eine Nettoeinkommen in Höhe von 50 v. H. seines Bruttoeinkommens hätte erreichen können und dass die Witwe daraus eine Hinterbliebenenversorgung in Höhe von 60 v. H. erhalten hätte. Dem entspricht rechnerisch der Ansatz von 30 v. H. des Vergleichseinkommens des Verstorbenen. Von diesem Vergleichseinkommen werden die Grundrente und die Ausgleichsrente mit ihrem vollen Betrag, Einkommen aus gegenwärtiger Erwerbstätigkeit und Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit einem pauschal ermittelten Nettobetrag abgezogen.

### **Pflegeausgleich**

*146* Pflegeausgleich wird Witwen gewährt, die ihren Ehemann mindestens 10 Jahre lang während der Ehe in einer Zeit gepflegt haben, zu der dieser mindestens



in einem der Stufe II entsprechenden Umfang hilflos oder schädigungsbedingt blind war. Das gleiche gilt für einen Elternteil, mit dem der Pflegezulageempfänger in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat. Der Pflegeausgleich beträgt für jedes Jahr der über 10 Jahre hinausgehenden Pflegezeit 0,5 v. H. monatlich des derzeitigen Betrages der jeweiligen Pflegezulage. Er wird jährlich wie die Versorgungsbezüge angepasst.

### **Andere Leistungen**

*147* War die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt, so kommt Versorgung in Betracht, wenn der Verstorbene seines Todes Unterhalt zu leisten hatte oder im letzten Jahr vor seinem Tod geleistet hat. Hat eine Unterhaltsverpflichtung aus kriegs- oder wehrdienstbedingten Gründen nicht bestanden, so bleibt dies außer Betracht.

*148* Heiratet eine Witwe wieder, so erlischt der Anspruch auf Versorgung. Sie erhält jedoch eine Abfindung in Höhe des Fünzigfachen der Grundrente. Wird die neue Ehe durch Tod oder Scheidung aufgelöst oder wird sie für nichtig erklärt, so lebt der Anspruch auf Witwenversorgung wieder auf. Versorgungs-, Renten- und Unterhaltsansprüche aus der neuen Ehe werden jedoch auf die sich ergebende Witwenrente mit ihrem vollen Betrag – ggf. auch auf die Grundrente – angerechnet.

*149* Witwenbeihilfe kommt in Betracht, wenn ein rentenberechtigter Beschädigter nicht an den Folgen der Schädigung stirbt.

*150* Unterstellt wird eine schädigungsbedingte Beeinträchtigung der Hinterbliebenenversorgung bei Witwen von Pflegezulageempfängern, von erwerbsunfähigen Beschädigten und von Beschädigten, die mindestens fünf Jahre Berufsschadensausgleich bezogen haben. In den übrigen Fällen muss die Beeinträchtigung gesondert festgestellt werden. Das Gesetz fordert je nach der Höhe der Hinterbliebenenversorgung eine Mindestbeeinträchtigung zwischen 10 und 15 v. H. der Witwenversorgung.

*151* Witwenbeihilfe wird Witwen von Pflegezulageempfängern und erwerbsunfähigen Beschädigten in der gleichen Höhe wie die Witwenrente gezahlt. In den übrigen Fällen beträgt die Beihilfe zwei Drittel der Witwenrente. Die Vorschriften über die Witwenbeihilfe gelten entsprechend, wenn der Beschädigte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im

Beitragsgebiet hatte und seine Ansprüche nur deshalb nicht geltend machen konnte.

*152* Witwen, die Witwenrente oder Witwenbeihilfe beziehen, haben bei Bedarf Anspruch auf Kriegsopferfürsorge. Das gilt auch für Witwen, deren Rente wiederaufgelebt ist, wenn die Versorgung wegen Anrechnung der Versorgungs-, Renten- oder Unterhaltsansprüche aus der zweiten Ehe entfallen ist. Witwen, die zur Erhaltung oder Erlangung einer angemessenen Lebensstellung erwerbstätig sein wollen, erhalten ggf. auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

### **Leistungen für Waisen**

*153* Waisenversorgung erhalten nach dem Tode des Beschädigten seine Kinder sowie Stief- und Pflegekinder, die er in den Haushalt aufgenommen hatte. Leistungen werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erbracht, bei Schul- oder Berufsausbildung oder Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres auch über diesen Zeitpunkt hinaus, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Waisen, die zu diesem Zeitpunkt körperlich oder geistig gebrechlich sind, wird Waisenversorgung auch darüber hinaus gewährt. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstpflicht verzögert, so wird Versorgung für einen der Unterbrechung entsprechenden Zeitraum auch über das 27. Lebensjahr hinaus geleistet.

*154* Die Waisenversorgung umfasst Krankenbehandlung, Grundrente, Ausgleichsrente und Leistungen der Kriegsopferfürsorge. Die Krankenbehandlung für Waisen entspricht der Krankenbehandlung für Witwen.

*155* Das Gesetz unterscheidet zwischen Vollwaisen und Halbwaisen. Ausgleichsrente wird um das anzurechnende Einkommen gemindert. Hierfür gelten im Wesentlichen die gleichen Vorschriften wie für Beschädigte.

*156* Ist der Beschädigte nicht an den Folgen der Schädigung gestorben, so erhalten Waisen unter Voraussetzungen, die denen der Witwenbeihilfe entsprechen, Waisenbeihilfe.

*157* Waisen, die Waisenrente oder Waisenbeihilfe beziehen, haben bei Bedarf Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge, insbesondere auf Erziehungsbeihilfe.



## Leistungen für Eltern

158 Elternversorgung erhalten leibliche Eltern, Adoptiveltern, wenn sie den Verstorbenen vor der Schädigung als Kind angenommen haben, Stief- und Pflegeeltern, wenn sie den Verstorbenen vor der Schädigung unentgeltlich unterhalten haben, sowie Großeltern, wenn der Verstorbene ihnen Unterhalt geleistet hat oder hätte. Voraussetzung ist, dass die Eltern entweder voll erwerbsgemindert oder erwerbsunfähig sind oder aus anderen zwingenden Gründen eine zumutbare Erwerbstätigkeit nicht ausüben können oder sechzig Jahre alt sind. Die Elternversorgung umfasst Krankenbehandlung, Elternrente und Kriegsopferfürsorge.

159 Voraussetzungen und Leistungen der Krankenbehandlung für Eltern entsprechen denen der Krankenbehandlung für Witwen.

160 Bei der Elternrente wird jedes Einkommen wie so genannte übrige Einkünfte behandelt.

161 Die Höhe der vollen Elternrente richtet sich danach, ob beide Elternteile oder nur ein Elternteil anspruchsberechtigt ist. Rente für ein Elternpaar steht zu, wenn jeder Ehegatte zu dem infolge einer Schädigung gestorbenen Kind in einem Elternschaftsverhältnis gestanden hat und beide Ehegatten die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen.

162 Die volle Elternrente erhöht sich, wenn mehrere Kinder an den Folgen einer Schädigung gestorben sind. Eine weitere Erhöhung ist für den Verlust des einzigen Kindes, des letzten Kindes, aller Kinder oder von mindestens drei Kindern vorgesehen. Beim Zusammentreffen beider Erhöhungen gilt die günstigere Regelung. Auf die Erhöhungen ist das Einkommen der Eltern anzurechnen.

163 Das System der Einkommensanrechnung entspricht dem der Witwenausgleichsrente.

164 Eltern haben bei Bedarf Anspruch auf Kriegsopferfürsorge. Das gilt auch, wenn sie nur wegen der Höhe ihres Einkommens keine Elternrente erhalten.

## Sonstige Leistungen

### Bestattungsgeld

165 Beim schädigungsbedingten Tod eines rentenberechtigten Beschädigten und beim Tod einer Witwe, die mindestens ein waisenrenten- oder waisenbeihilfeberechtigtes Kind hinterlässt, wird ein Bestattungsgeld von derzeit 1.498 Euro gezahlt. Beim Tode

eines rentenberechtigten Beschädigten, der nicht an Schädigungsfolgen stirbt, und beim Tode der übrigen versorgungsberechtigten Hinterbliebenen beträgt das Bestattungsgeld derzeit 751 Euro. Stirbt ein nicht-rentenberechtigter Beschädigter an den Folgen der Schädigung, so wird ein Bestattungsgeld gezahlt, soweit Kosten der Bestattung entstanden sind, höchstens jedoch 1.498 Euro. In den neuen Bundesländern betragen diese Leistungen 1.317 bzw. 660 Euro.

166 Auf das Bestattungsgeld werden andere gesetzliche Leistungen für den gleichen Zweck angerechnet.

167 Stirbt ein Beschädigter außerhalb seines Wohnsitzes an den Folgen der Schädigung, so werden die Kosten der Leichenüberführung zusätzlich übernommen.

### Sterbegeld

168 Neben dem Bestattungsgeld wird beim Tode eines rentenberechtigten Beschädigten ein Sterbegeld in Höhe der dreifachen Monatsbezüge, ausgenommen Ehegatten- und Kinderzuschlag, gezahlt. Pflegezulage wird höchstens nach Stufe II einbezogen.

169 Das Sterbegeld steht den Hinterbliebenen, die mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, nach einer bestimmten Rangfolge zu.

### Kapitalabfindung

170 Mit der Kapitalabfindung der Grundrente wird Beschädigten und Witwen der Erwerb eigenen Wohngrundbesitzes oder dessen wirtschaftliche Stärkung erleichtert.

171 Das Gesetz unterscheidet Abfindungen für einen Zeitraum von 10 bzw. 5 Jahren. Bei Antragstellung nach Vollendung des 60. Lebensjahres ist nur eine Kapitalisierung auf 5 Jahre möglich; nach Vollendung des 65. Lebensjahres ist die Abfindung ausgeschlossen. Bei einer Kapitalisierung auf zehn Jahre wird der neunfache Jahresbetrag des kapitalisierten Grundrentenbetrages, bei Abfindung auf fünf Jahre der siebenundfünfzigfache Monatsbetrag ausgezahlt.

### Härteausgleich

172 Ergeben sich in einzelnen Fällen besondere Härten aus den Vorschriften des Gesetzes, so kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (früher: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) ein Ausgleich gewährt werden. Dieser Härteausgleich ist für Fälle geschaffen

worden, deren Besonderheiten der Gesetzgeber entweder übersehen, nicht vorhergesehen oder nicht genügend differenziert geregelt hat.

### **Zusammentreffen von Leistungen und Ruhen von Ansprüchen**

*173* Bei mehrfacher Anspruchsberechtigung gilt folgendes: Treffen Beschädigtenrente und Witwen- oder Waisenrente zusammen, so wird nur die günstigere Ausgleichsrente gewährt; der Berufsschadensausgleich ist bei der Festsetzung eines Schadensausgleichs als Einkommen zu berücksichtigen. Trifft eine Beschädigten- oder Witwenrente mit einer Elternrente zusammen, so sind Ausgleichsrente, Ehegattenzuschlag, Berufsschadensausgleich und Schadensausgleich bei der Festsetzung der Elternrente als Einkommen zu berücksichtigen.

*174* Erleidet ein Beschädigter eine weitere Schädigung, so ist ggf. eine einheitliche Rente unter Berücksichtigung der gesamten Schädigungsfolgen festzusetzen.

*175* Ist das schädigende Ereignis zugleich ein Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder ein Dienstatunfall im Sinne der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge oder im Sinne des Zweiten Teils des Soldatenversorgungsgesetzes, so ruht der Anspruch auf Versorgungsbezüge ganz oder teilweise.

### **Anpassung der Versorgungsbezüge**

*176* Die laufenden Versorgungsbezüge sowie der Betrag des Bestattungsgeldes werden jährlich zum 1. Juli entsprechend dem Vmhundertsatz angepasst, um den sich die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verändern. Zum 01.07.2005 hat es jedoch als Folge des Ausfalls der Renten Anpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung auch im Bereich der Kriegsopferversorgung/sozialen Entschädigung keine Renten Anpassung gegeben.

*177* Seit Einführung der Anpassung der Versorgungsbezüge im Jahre 1970 haben 34 Anpassungen stattgefunden. Versorgungsberechtigte in den neuen Bundesländern nehmen zurzeit, noch nicht unmittelbar an der Renten Anpassung teil, dennoch wirkt diese sich auch für sie aus, weil ihre Renten von den jeweils geltenden Rentenbeträgen nach dem Bundesversorgungsgesetz abgeleitet werden.

*178* Berufsschadensausgleich und Schadensausgleich unterliegen nicht der Renten Anpassung. Sie werden

jedoch durch eine Aktualisierung der Vergleichseinkommen jährlich in dem Maße weiterentwickelt, in dem sich die Einkommen in den entsprechenden Wirtschaftsbereichen verändern.

### **Beginn, Änderung und Ende der Versorgung**

*179* Versorgung wird nur auf Antrag gewährt. Ein Antrag ist auch bei Soldaten und Zivildienstleistenden erforderlich, die bereits während der Dienstzeit einen Ausgleich in Höhe der Grundrente bezogen haben.

*180* Beim Erstantrag beginnt die Beschädigtenversorgung mit dem Monat, in dem ihre Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens mit dem Antragsmonat. Wird der Erstantrag innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Schädigung gestellt, so beginnt die Versorgung grundsätzlich mit Erfüllung der Voraussetzungen. Hinterbliebenenrente beginnt frühestens mit dem auf den Sterbemonat folgenden Monat.

*181* Gemindert oder entzogen werden Versorgungsleistungen mit Ablauf des Monats, in dem ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Herabsetzungen oder Entziehungen der Rente wegen Besserung des Gesundheitszustandes treten mit Ablauf des Monats ein, in dem der Bescheid bekannt gegeben wird.

*182* Bei einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse sind die Versorgungsbezüge neu festzustellen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit darf aber nicht vor Ablauf von zwei Jahren seit der letzten Feststellung herabgesetzt werden. Bei Versorgungsberechtigten, die 55 Jahre alt sind, ist eine niedrigere Festsetzung nicht mehr vorzunehmen, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit in den letzten zehn Jahren unverändert geblieben ist.

### **Versorgung von Kriegsopfern im Ausland**

*183* Deutsche und deutsche Volkszugehörige, mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Staaten, mit denen die Bundesrepublik Deutschland diplomatische Beziehungen unterhält, erhalten grundsätzlich Versorgung wie Berechtigte im Inland.

*184* Heilbehandlung wegen der Schädigungsfolgen ist von den Beschädigten selbst zu veranlassen. Die dafür notwendigen und angemessenen Kosten werden ihnen erstattet. Versorgungskrankengeld, Beihilfe wegen Beeinträchtigung der Erwerbsgrundlage, Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen, Krankenbehandlung, Mutterschaftshilfe und Früh-

erkenntnismaßnahmen werden nicht erbracht. An ihrer Stelle kann jedoch eine Zuwendung bis zum Zweifachen der Inlandsleistungen bzw. – bei Arznei- und Verbandmitteln – in Höhe der anfallenden Kosten erbracht werden. Auch bei Pflegebedürftigkeit kann eine Zuwendung gegeben werden. Beim Berufsschadensausgleich tritt bei Beschädigten, die überwiegend ausländische Einkünfte beziehen, an die Stelle des derzeitigen Einkommens aus gegenwärtiger oder früherer Erwerbstätigkeit das Durchschnittseinkommen der Berufs- oder Wirtschaftsgruppe, der der Beschädigte im Inland angehören würde.

185 Kriegsopfern mit Wohnsitz in Ost- und Südosteuropa – ausgenommen Griechenland – wird eine Teilversorgung gewährt. Die Gründe hierfür liegen in der wirtschaftlichen bzw. besonderen Nachkriegssituation dieser Staaten. Für Berechtigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Zivildienstgesetz, dem Häftlingshilfegesetz, dem Opferentschädigungsgesetz und dem Infektionsschutzgesetz ist diese Beschränkung nicht vorgesehen.

186 Bei Kriegsopfern, die nicht Deutsche oder deutsche Volkszugehörige sind und die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Bundesgebiet haben, ruht grundsätzlich der Anspruch auf Versorgung. Ihnen wird jedoch mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (jetzt: Bundesministerium für Arbeit und Soziales) Versorgung wie Deutschen gewährt. Gehört, wie im Infektionsschutzgesetz und im Opferentschädigungsgesetz, die deutsche Staatsangehörigkeit oder deutsche Volkszugehörigkeit nicht zum anspruchsbegründenden Tatbestand, so sind die Berechtigten wie deutsche Volkszugehörige nach dem Bundesversorgungsgesetz zu behandeln, nach dem Opferentschädigungsgesetz jedoch nur dann, wenn Gegenseitigkeit entweder gewährleistet oder nicht zu fordern ist. Für sonstige Ausländer gelten nach dem Opferentschädigungsgesetz bei Verlassen des Bundesgebiets bestimmte Abfindungsregelungen.

187 15.507 Personen erhielten im Februar 2005 Leistungen der Auslandsversorgung, davon 9.688 Personen in ost- und südosteuropäischen Staaten in Form einer Teilversorgung.

## Verfahren

188 Für die Durchführung der Kriegsopferversorgung in den neuen Bundesländern hat der Einigungs-

vertrag besondere Vorsorge getroffen. Ist über den ursächlichen Zusammenhang einer Gesundheitsstörung mit einer Schädigung bereits nach den vor dem 01.10.1950 geltenden versorgungsrechtlichen Vorschriften entschieden worden, so ist – falls der ursächliche Zusammenhang bejaht wurde – diese Entscheidung verbindlich. Frühere versorgungsrechtliche Vorschriften sind u. a. das Wehrmachtfürsorge- und -versorgungsgesetz, die Personenschädenverordnung, die in der britischen Zone geltende Sozialversicherungsdirektive Nr. 27, das in der amerikanischen Zone geltende KB-Leistungsgesetz und die in der französischen Zone geltenden Versorgungsgesetze. Nicht zu den versorgungsrechtlichen Vorschriften gehört dagegen die in der sowjetischen Zone geltende Verordnung über die Zahlung von Renten an Kriegsinvalide und Kriegshinterbliebene vom 21.07.1948. Diese Verordnung lässt den zeitlichen Zusammenhang mit dem militärischen Dienst genügen. Anders zu beurteilen sein dürfte dagegen die Verordnung über Leistungen an Kriegsbeschädigte und deren Hinterbliebene vom 22.02.1950. Diese Verordnung galt jedoch nur für Berlin.

## Soziale Entschädigung (Kriegsopferversorgung) Leistungen in Mio. Euro

	2005
Leistungen insgesamt	3.149,7
davon:	
Bundesversorgungsgesetz	
Versorgungsbezüge	2.250
Heilbehandlung	308
Übrige Leistungen	27
*Kriegsopferfürsorge	424,3
Soldatenversorgungsgesetz	
Versorgungsbezüge	75,9
Heilbehandlung	5,5
Zivildienstgesetz	2,2
Häftlingshilfegesetz, Strafrechtl. und Verwaltungsrechtl. Rehaugesetz	
Versorgungsbezüge	12,7
Heilbehandlung	0,5
* Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten	
Leistungen	31,8

\* Nur Bundesanteil

189 Die Rechtsverbindlichkeit früherer versorgungsrechtlicher Entscheidungen erstreckt sich nur auf den ursächlichen Zusammenhang einer Gesundheitsstörung mit einer Schädigung. Diese sind demnach nicht rechtsverbindlich für andere Fragen, z. B. ob militärischer Dienst vorlag.

190 Zugunsten der Antragsteller ist bei der Überleitung bestimmt worden, dass Entscheidungen

nach früheren versorgungsrechtlichen Vorschriften, in denen der Ursachenzusammenhang abgelehnt worden ist, nicht rechtsverbindlich sind. Diese Vorschrift ermöglicht es den Betroffenen, eine Entscheidung nach dem Bundesversorgungsgesetz herbeizuführen.

## Finanzierung

191 Die Aufwendungen für die Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Zivildienstgesetz und dem Häftlingshilfegesetz trägt der Bund; Leistungen der Kriegsopferfürsorge werden vom Bund zu 80 v. H. und zu 20 v. H. von den Ländern getragen. Die Kosten für die Versorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz obliegen, soweit es sich um Geldleistungen handelt, zu 40 v. H. dem Bund, im Übrigen den Ländern. Die Leistungen für die Versorgung nach dem Infektionsschutzgesetz werden in vollem Umfang von den Ländern getragen. Diese übernehmen auch allgemein die persönlichen und sachlichen Verwaltungsausgaben für die Durchführung der Versorgung. Ausgaben für Leistungen nach dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz werden zu 65 v. H. vom Bund getragen; von den Ausgaben für Geldleistungen nach dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, trägt der Bund 60 v. H.

## Organisation

192 Die Versorgung der Kriegsopfer wird von den Dienststellen der Kriegsopferversorgung durchgeführt. Das sind Versorgungsämter, Landesversorgungsämter, orthopädische Versorgungsstellen und Versorgungskuranstalten. In einzelnen Bundesländern führen diese auch Bezeichnungen wie z. B. Amt für Versorgung und Familienförderung, Amt für Familie und Soziales, Amt für Versorgung und Soziales. Diese Dienststellen sind Landesbehörden bzw. -dienststellen. Sie führen auch die Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz und Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz durch, soweit sich die Versorgung nach

den Leistungsvorschriften des Bundesversorgungsgesetzes richtet.

193 Die Durchführung der Versorgung obliegt den Versorgungsämtern und den ihnen angeschlossenen orthopädischen Versorgungsstellen. Die Landesversorgungsämter sind daneben nur für bestimmte Angelegenheiten wie Kuren und Kapitalabfindung zuständig. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Antragstellers. Abweichend hiervon sind beim Opferentschädigungsgesetz die Behörden des Landes zuständig, in dem die Schädigung eingetreten ist.

194 Die Heil- und Krankenbehandlung wird von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) erbracht. Zuständig ist bei Mitgliedern und deren Familienangehörigen die Kasse des Mitglieds, in den übrigen Fällen die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnorts. Zahnersatz, Hilfsmittel, bestimmte Heilmittel und Zuschüsse zum Zahnersatz werden von der Versorgungsbehörde erbracht.

195 Leistungen der Kriegsopferfürsorge werden von den Trägern der Kriegsopferfürsorge erbracht. Das sind die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Integrationsämter (früher: Hauptfürsorgestellen).

196 Auskunft in Angelegenheiten der Versorgung erteilen die Versorgungsämter und, im Rahmen ihres Aufgabengebiets, die Krankenkassen und die Fürsorgestellen für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene.

## Rechtsquellen

Bundesversorgungsgesetz

Häftlingshilfegesetz

Soldatenversorgungsgesetz

Zivildienstgesetz

Infektionsschutzgesetz

Opferentschädigungsgesetz

Einigungsvertrag

Einigungsvertragsgesetz

Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz

Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz

# 25

## Internationale Soziale Sicherung

### Ausgangslage

1 Die Europäische Union hat mit dem Beitritt von 10 neuen Mitgliedstaaten am 01.05.2004 ihre größte Erweiterung erfahren. Ihr gehören jetzt die meisten Staaten Mittel-, West-, Nord-, Ost- und Südeuropas an. Zwischen ihnen findet eine zunehmende Verflechtung ihrer Volkswirtschaften und Arbeitsmärkte statt. Aber auch mit der übrigen Welt entstehen in Handel und Wirtschaft immer engere Beziehungen. Die globalen Verflechtungen haben zwangsläufig starke Auswirkungen auch auf die Arbeitswelt und die Menschen, die sich in ihr bewegen und in Staatsgrenzen bei ihrer Berufsausübung längst keine Hindernisse mehr sehen.

Deutsche sind von jeher in großer Zahl in fremde Länder ausgewandert. Die letzte große Auswanderungswelle ergab sich als Folge des 2. Weltkriegs. Ebenfalls seit jeher sind Arbeitnehmer aus den Nachbarstaaten der Bundesrepublik als Grenzgänger im heutigen Bundesgebiet erwerbstätig, wie umgekehrt auch Deutsche als Grenzgänger in den Nachbarstaaten Deutschlands, insbesondere in der Schweiz, arbeiten. In den 60er und frühen 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden über 2 Mio. ausländische Arbeitnehmer aus dem Mittelmeerraum für eine Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland angeworben. Seitdem ist ein beträchtlicher Prozentsatz der in Deutschland beschäftigten Arbeitnehmer Ausländer. Infolge der weltumspannenden Tätigkeit der deutschen Wirtschaft arbeiten aber auch viele deutsche Arbeitnehmer im Ausland. Viele Deutsche fahren auf Urlaub in ferne Länder, viele verbringen ihren Lebensabend bei ihren Kindern im Ausland, wie auch viele Deutsche nach einem Arbeitsleben im Ausland in ihre Heimat zurückkehren. Schließlich ist seit Jahren Deutschland das Ziel vieler Menschen, die ihre Heimat aus politischen oder wirtschaftlichen Gründen verlassen und hier Schutz vor politischer

Verfolgung und ein menschenwürdiges Leben suchen.

2 Durch diese Vorgänge entstehen gemischt - nationale soziale Tatbestände. Ein Versicherter der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung erkrankt während seines Urlaubs im Ausland und muss dort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Er erwartet, dass die deutsche Krankenversicherung für die Kosten aufkommt. Ein Deutscher, der nach dem 2. Weltkrieg aus der Bundesrepublik Deutschland nach Amerika oder Australien ausgewandert ist und unter Aufgabe seiner deutschen Staatsangehörigkeit die Staatsangehörigkeit des Aufnahmelandes angenommen hat, erwartet, dass er im Alter neben seiner amerikanischen oder australischen Rente auch eine deutsche Rente erhält. Ein in Deutschland beschäftigt gewesener ausländischer Arbeitnehmer beansprucht eine deutsche Rente, für die er während seiner Erwerbstätigkeit Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet hat, auch dann, wenn er im Alter in sein Heimatland zurückkehrt. Der Angestellte eines Unternehmens in Deutschland, der im Interesse seines Arbeitgebers bei dessen Tochtergesellschaft in Spanien beschäftigt wird, erwartet, dass für ihn auch in Spanien deutsches Recht der sozialen Sicherheit gilt.

3 Aufgabe des Rechts der internationalen sozialen Sicherung ist es, den Regelungsbedürfnissen, die sich aus zwischenstaatlichen Tatbeständen ergeben, gerecht zu werden. Dies geschieht teilweise durch die innerstaatliche Gesetzgebung, z. B. durch das in Kapitel 6 behandelte Auslandsrentenrecht.

Das deutsche innerstaatliche Recht – ebenso wie die Rechte anderer Staaten – regelt aber solche zwischenstaatlichen Tatbestände nur teilweise. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen kann die deutsche Gesetzgebung nicht in das Recht anderer Staaten eingreifen, etwa Ärzte im Ausland zur Behandlung deutscher Touristen verpflichten.

Zum anderen können aber auch praktische Gesichtspunkte einer Regelung zwischenstaatlicher sozialer Tatbestände durch die innerstaatliche Gesetzgebung entgegenstehen. Die Regelung sozialer Tatbestände setzt ihre genaue Kenntnis und Möglichkeiten zur Durchsetzung der Regelung voraus. Beide Voraussetzungen sind aber bei Tatbeständen, die in das Ausland hineinreichen, nicht in gleicher Weise wie bei rein inländischen Tatbeständen gegeben. Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung hat bspw. keine Möglichkeit, die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten im Ausland festzustellen. Die hierfür notwendige Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen anderer Staaten lässt sich durch die innerstaatliche Gesetzgebung nicht sicherstellen. Die Regelung von Tatbeständen, die ins Ausland reichen, würde auch zu ständigen Kollisionen mit dem Recht anderer Staaten führen, die nämlich ebenfalls die sich in ihrem Staatsgebiet abspielenden Tatbestände regeln. Solche Kollisionen treten etwa bei der Regelung der Versicherungspflicht von Arbeitnehmern auf, die von ihrem Arbeitgeber in Deutschland zu einer vorübergehenden Beschäftigung in einen anderen Staat entsandt werden. Sie führt in der Praxis immer wieder zu einer Doppelversicherung mit doppelter Beitragszahlung, da andere Staaten vielfach solche Arbeitnehmer ebenfalls der Versicherungspflicht nach ihren Rechtsvorschriften unterwerfen.

Schließlich kann der Gesetzgeber auch bewusst von einer innerstaatlichen Regelung absehen. Verständlicherweise ist ein Staat nicht daran interessiert, Lücken in seiner Gesetzgebung zugunsten der Staatsangehörigen eines anderen Staates zu schließen, wenn der andere Staat nicht seinerseits bereit ist, Lücken zugunsten der Staatsangehörigen des ersten Staates durch seine innerstaatliche Gesetzgebung zu beseitigen.

4 Gemischt-nationale soziale Tatbestände, die sich der Regelung durch die innerstaatliche Gesetzgebung entziehen oder die bewusst von der innerstaatlichen Gesetzgebung nicht geregelt worden sind, können nur durch übernationale Rechtsetzung oder durch zwischenstaatliche Abkommen, d. h. durch internationales Recht in einem engeren Sinne geregelt werden. Das – noch keineswegs erreichte – Ziel des internationalen Rechts der sozialen Sicherung in diesem engeren Sinne ist es, durch überstaatliche Rechtsetzung und durch zwischenstaatliche Abkommen die Lücken, die zwischen den innerstaatlichen Rechten zweier oder mehrerer Staaten bestehen,

zu schließen und andererseits zu verhindern, dass es zu Überschneidungen (Kollisionen) zwischen den innerstaatlichen Rechten zweier oder mehrerer Staaten kommt. Das internationale Recht der sozialen Sicherung versucht zu diesem Zweck, die Rechtssysteme der sozialen Sicherung zweier oder mehrerer Staaten zu koordinieren. So sorgen das EG-Recht und zwischenstaatliche Abkommen dafür, dass ein Arbeitnehmer, der von seiner Firma ins Ausland entsandt wird, nicht in zwei Staaten Beiträge zur sozialen Sicherheit zahlen muss. EG-Recht und zwischenstaatliche Abkommen gewährleisten auch, dass ein Arbeitnehmer, der während seines Arbeitslebens in zwei Staaten beschäftigt gewesen ist, Rentenleistungen für ein volles Arbeitsleben erhalten kann, nämlich in Form von zwei Teilrenten, unabhängig davon, wo er wohnt.

## Historische Entwicklung

5 Die ersten Abkommen des früheren Deutschen Reiches über Teilgebiete der Sozialen Sicherheit gehen noch auf das frühe 20. Jahrhundert zurück. Das erste Abkommen über Rentenversicherung wurde 1912 mit Italien geschlossen. Nach ihm wurden die Beiträge der im Deutschen Reich beschäftigten italienischen Arbeitnehmer an die italienische Rentenversicherung überwiesen und führten dort zu Rentenansprüchen.

Nach dem Ersten Weltkrieg wurden mehrere Abkommen geschlossen, welche die Folgen der Gebietsabtretungen für die Ansprüche und Anwartschaften der Versicherten sowie die finanziellen Auswirkungen für die beteiligten Versicherungsträger regelten.

1919 wurde die Internationale Arbeitsorganisation gegründet, deren Mitglied das Deutsche Reich von 1919 bis 1935 war und die Bundesrepublik Deutschland seit 1951 ist. Die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) hat die Entwicklung des internationalen Rechts der sozialen Sicherung sehr befruchtet, nicht zuletzt durch die Entwicklung einheitlicher Grundsätze, die von den Mitgliedstaaten beim Abschluss zweiseitiger Abkommen untereinander beachtet werden und auch in das Recht der Europäischen Gemeinschaft eingegangen sind. Bereits das Übereinkommen Nr. 2 über die Arbeitslosigkeit von 1919 verpflichtet die Mitgliedstaaten, Arbeitnehmern der anderen Mitgliedstaaten dieselben Versicherungsleistungen wie den staatsangehörigen Arbeitnehmern zu gewähren.



In den folgenden Jahren hatte das Deutsche Reich mit allen Nachbarstaaten Abkommen über Soziale Sicherheit geschlossen, die auf den Grundsätzen der Gleichbehandlung der Staatsangehörigen der Vertragsstaaten, der Zahlung von Leistungen auch an Berechtigte, die im anderen Vertragsstaat wohnen (Leistungsexport), der Zusammenrechnung der Versicherungszeiten in beiden Vertragsstaaten zur Erfüllung der Wartezeit für einen Leistungsanspruch (Totalisierung) und der anteiligen Rentenzahlung (pro-rata-Prinzip) beruhen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg hat die Bundesrepublik Deutschland, ähnlich wie nach dem Ersten Weltkrieg das Deutsche Reich, mit anderen Staaten wieder mehrere Versicherungsregelungen vereinbart, um die Versicherungsverhältnisse der Personen zu bereinigen, bei denen als Folge des Zweiten Weltkriegs ein Wechsel der Rentenversicherungszugehörigkeit zwischen mehreren Staaten eingetreten war. Im Übrigen ist die Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg durch das Zusammenwachsen Europas geprägt. Bereits 1950 wurde von der Bundesrepublik Deutschland, Belgien, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz das Abkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer geschlossen. 1953 entstanden als erste Abkommen des Europarats die beiden Vorläufigen Abkommen über Soziale Sicherheit. Weiter führte die Wiedereingliederung der Bundesrepublik Deutschland in die Völkerfamilie seit den 50er Jahren zu einem Netz von Abkommen über Soziale Sicherheit mit anderen Staaten.

Außer mit Staaten, die inzwischen Mitglied der Europäischen Gemeinschaft oder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) geworden sind oder die auf andere Weise vertraglich mit der EG und ihren Mitgliedstaaten verbunden sind, wurden zwischenstaatliche Abkommen über Soziale Sicherheit mit folgenden Staaten geschlossen: Australien, Bulgarien, Chile, China, Israel, Japan, dem ehemaligen Jugoslawien, der Republik Korea, Kanada, Kroatien, Marokko, Mazedonien, Rumänien (1996 außer Kraft getreten), Tunesien, der Türkei und den USA. Die Abkommen haben zum Teil einen unterschiedlichen sachlichen Geltungsbereich; mit etlichen Staaten bestehen mehrere Abkommen, zum Teil mit mehreren ergänzenden Vereinbarungen.

### **Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft**

6 Das entscheidende Ereignis für das Zusammenwachsen Europas in der zweiten Hälfte des letzten

Jahrhunderts war die Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, der heutigen Europäischen Gemeinschaft (EG), durch die am 25.03.1957 geschlossenen Römischen Verträge. Der Gemeinschaft von ursprünglich 6 Staaten gehörten seit 1995 15 Mitgliedstaaten an: Belgien, Deutschland, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien. Mit dem Beitritt von acht mittel- und osteuropäischen Staaten sowie zwei Mittelmeerstaaten folgte angesichts der Überwindung des Ost-West-Konflikts und des Kalten Kriegs vor 15 Jahren nunmehr eine historisch bedeutsame Erweiterung der EU um 10 auf insgesamt 25 Mitglieder. Seit dem 01.05.2004 gehören der Union neu an: Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, die Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern. Ein weiterer historischer Schritt im Prozess der Integration in Europa ist der Vertrag über eine Verfassung für Europa, der am 29.10.2004 in Rom unterzeichnet wurde. Damit soll ein wirksamer, demokratischer und transparenter Rahmen für die Entwicklung in Europa geschaffen werden. Ein Hauptanliegen bestand auch darin, die Entscheidungsprozesse in einer Union mit 25 – oder sogar mehr – Mitgliedstaaten zu erleichtern. Der Verfassungsvertrag bedarf zu seinem In-Kraft-Treten der Ratifikation in sämtlichen Mitgliedstaaten. Nach negativen Referenden in Frankreich und den Niederlanden im Jahr 2005 soll – so die Einschätzung des Europäischen Rats auf seiner Tagung im Juni 2005 – eine Denkpause eingelegt und die Zeit für Dialog und Kommunikation genutzt werden.

Der EG-Vertrag in seiner ursprünglichen Fassung schreibt auf dem Gebiet der Sozialpolitik nur in einigen Bereichen zwingende Gemeinschaftsregelungen vor. Er beschränkt sich dabei mit Rücksicht auf die sehr unterschiedliche Sozialstruktur in den Mitgliedstaaten auf solche Gebiete, die für die Herstellung des Gemeinsamen Marktes als notwendig und vordringlich angesehen wurden. Es sind dies im Wesentlichen die Freizügigkeit und die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, die Gleichbehandlung der Männer und Frauen beim Arbeitsentgelt und der Europäische Sozialfonds als beschäftigungspolitisches Instrument in den Mitgliedstaaten. Darüber hinaus verpflichtet der Vertrag die Kommission, die enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in sozialen Fragen zu fördern.

Nach Artikel 42 des EG-Vertrages (zuletzt in der Fassung des Vertrages von Nizza vom 26.02.2001)

sind auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit die für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen zu treffen. Dazu sollen Regelungen geschaffen werden, die die Zusammenrechnung aller nach den Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten zurückgelegten Versicherungszeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen vorsehen und die Zahlung der Leistungen an Personen, die sich im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaates aufhalten, sicherstellen.

Auf dieser Grundlage sind bereits 1958 als erste gemeinschaftliche Rechtsakte mit einem materiellen Inhalt die Verordnung Nr. 3 über die Soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer sowie die Verordnung Nr. 4 zur Durchführung der vorgenannten Verordnung erlassen worden. Die Verordnungen wurden 1971 und 1972 durch die Verordnungen 1408/71 und 574/72 ersetzt, die ihrerseits inzwischen mehrfach geändert worden sind.

### Der Weg zur Europäischen Union

7 Die Europäische Gemeinschaft hat seit ihrer Gründung große Schritte nach vorn getan.

Am 01. 07.1987 trat die Einheitliche Europäische Akte in Kraft. Mit ihr wurden der Gemeinschaft neue Ziele gesetzt, vor allem die Schaffung eines gemeinsamen Binnenmarktes, der zum 01.01.1993 in Kraft trat. Dieses Vorhaben war zunächst allein mit wirtschaftspolitischer Zielsetzung konzipiert worden. Es war das Verdienst der deutschen Präsidentschaft im ersten Halbjahr 1988, dass der Europäische Rat bei seiner Tagung vom 27. bis 28.06.1988 in Hannover die „soziale Dimension“ des Binnenmarktes erstmals deutlich herausgestellt hatte. In der Folgezeit wurden zahlreiche sozialpolitische Maßnahmen (insbesondere Richtlinien mit dem Schwerpunkt Arbeitsschutz) verabschiedet. Am 08.12.1989 haben elf Staats- und Regierungschefs (ohne Großbritannien) die Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer als eine politische Willenserklärung angenommen, die u. a. Forderungen auf „Leistungen der sozialen Sicherheit in ausreichender Höhe „und für den Arbeitnehmer im Ruhestand auf „Mittel, die ihm einen angemessenen Lebensstandard sichern“, erhebt. Diese Sozialcharta war auch die politische Grundlage für das (erste) Aktionsprogramm der Kommission zur Anwendung der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte, das zum Teil deutsche Vorschläge aufgreifend vorwiegend Gesetzgebungs-

vorschläge zu sozialen Mindeststandards enthielt, die der Ministerrat inzwischen zu einem großen Teil verabschiedet hat.

Ein weiterer wichtiger Schritt war die Schaffung des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Er beruht auf einem völkerrechtlichen Vertrag, der seinerzeit von der EG, der EKGS (Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl) und den 12 EG-Mitgliedstaaten mit den damaligen EFTA-Staaten Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen, Österreich und Schweden (EFTA = European Free Trade Association – Europäische Freihandelsgesellschaft) geschlossen wurde. Finnland, Österreich und Schweden sind inzwischen der EG beigetreten. Der Vertrag sollte ursprünglich gleichzeitig mit dem Binnenmarkt in Kraft treten. Insbesondere wegen der Ablehnung des Vertrags in der Schweiz konnte der Termin nicht eingehalten werden. Der Vertrag ist seit dem 01.01.1994 in Kraft, für Liechtenstein seit dem 01.05.1995. Er dehnt das EG-Sozialrecht auf die beigetretenen EFTA-Staaten aus.

Der für das Zusammenwachsen Europas entscheidende Schritt war aber die Gründung der Europäischen Union (EU) zum 01.11.1993 durch den am 07.02.1992 von den EG-Mitgliedstaaten geschlossenen Vertrag von Maastricht. Ihm sind zum 01.01.1995 Finnland, Österreich und Schweden beigetreten. Norwegen hat den Beitritt aufgrund einer Volksabstimmung abgelehnt. Im Bereich der Sozialpolitik werden in dem „Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft“ gleichen Datums die Bestimmungen des EWG-Vertrags übernommen. Gleichzeitig haben alle Mitgliedstaaten in einem „Protokoll über Sozialpolitik“ vereinbart, auf dem durch die Sozialcharta vorgezeichneten Weg weitergehen zu wollen und – seinerzeit noch mit Ausnahme von Großbritannien – hierzu das Abkommen über die Sozialpolitik geschlossen, das eine wesentliche Erweiterung der sozialen Dimension der Gemeinschaft gebracht hat.

Als eine wichtige Voraussetzung für eine Weiterentwicklung des europäischen Sozialrechts erleichtert der Vertrag die Beschlussfassung auf dem Gebiet der Sozialpolitik insbesondere dadurch, dass Rechtsakte, die auf der Grundlage des Sozialabkommens ergehen, grundsätzlich nicht mehr einstimmig gefasst werden müssen, sondern dass für sie eine qualifizierte Mehrheit genügt. Allerdings ist in dem wichtigen Bereich der Sozialversicherungen nach wie vor Einstimmigkeit notwendig.

Weiter entwickelt hat der Vertrag den so genannten „Sozialen Dialog“. Danach können die Sozialpartner der EU-Kommission mitteilen, dass sie über einen bestimmten Rechtsetzungsvorschlag verhandeln und Vereinbarungen treffen wollen. Die Kommission kann dann diese autonomen Vereinbarungen zum Gegenstand einer europaweiten verbindlichen Regelung machen. Hiervon haben die EG-Sozialpartner in Rahmenvereinbarungen u. a. zum Elternurlaub, zur Teilzeitarbeit und befristeten Arbeitsverträgen Gebrauch gemacht. Der Rat hat entsprechende verbindliche Richtlinien verabschiedet.

In ihrem sozialpolitischen Weißbuch vom Juni 1994 hat die Kommission ihre sozialpolitischen Ziele bis zum Jahre 2000 vorgestellt. Ziel der europäischen Sozialpolitik ist danach die Koordinierung und langfristig auch eine Konvergenz der nationalen Sozialversicherungssysteme. Die Kommission schließt jedoch eine allgemeine Harmonisierung der Sozialpolitik aus. Nach dem Grundsatz der Subsidiarität muss es vielmehr Aufgabe der Mitgliedstaaten bleiben, ihre Systeme der sozialen Sicherheit selbst zu steuern.

Das (zweite) sozialpolitische Aktionsprogramm der Kommission vom April 1995 konkretisiert die meisten Ziele des Weißbuchs zu einem detaillierten „Fahrplan“. Bedeutsam ist hierbei besonders das Ziel des schrittweisen Ausbaus von gemeinsamen sozialen Mindeststandards, u. a. um einem Sozialdumping zwischen den Mitgliedstaaten vorzubeugen.

Beispiele für konkrete Rechtsakte dieser Entwicklung sind die Richtlinie zur Einsetzung europäischer Betriebsräte und die so genannte Entsenderichtlinie, nach der in einem anderen Mitgliedstaat eingesetzte Arbeitnehmer in bestimmten Bereichen Anspruch auf diejenigen Arbeitsbedingungen haben, die am Arbeitsort zwingend vorgeschrieben sind.

Entsprechend den Bestimmungen des Maastrichter Vertrages trat im Frühjahr 1996 die Regierungskonferenz zusammen, um die Bestimmungen des Vertrags zu überprüfen. Sie hat zu dem Vertrag von Amsterdam vom 02.10.1997 geführt, der am 01.05.1999 in Kraft getreten ist.

Der Vertrag von Amsterdam brachte die Einbeziehung des Sozialabkommens in den EG-Vertrag. Dies wurde dadurch ermöglicht, dass die neue britische Regierung einen Kurswechsel vollzog und nicht nur den Beitritt Großbritanniens zum Sozialabkommen

erklärte, sondern auch die aufgrund des Sozialabkommens beschlossenen Richtlinien akzeptierte. Seitdem sind wieder die Voraussetzungen für eine einheitliche, alle Mitgliedstaaten umfassende europäische Sozialpolitik gegeben.

Nachdem mit dem sozialpolitischen Aktionsprogramm 1998 ein neuer Rahmen für die Europäische Sozialpolitik umrissen war, wurden in der Nachfolge in der vom Europäischen Rat in Nizza gebilligten und vom Arbeitsministerrat im November 2000 verabschiedeten Sozialpolitischen Agenda die sozialpolitischen Schwerpunkte der nächsten 5 Jahre festgelegt: Mehr und bessere Arbeitsplätze, Sicherheiten für Arbeitnehmer in einer sich wandelnden Wirtschaft, Bekämpfung von Armut, sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung, Modernisierung der Sozialschutzsysteme, Gleichstellung von Männern und Frauen sowie Soziale Dimension der Osterweiterung. Angestrebt werden legislative Maßnahmen, z. B. Ausbau von sozialen Mindeststandards; der Erreichung der Ziele soll aber unterhalb der Rechtsetzungsebene auch die neue offene Methode der Koordinierung im Sinne einer konzertierten Strategie dienen (Informations- und Erfahrungsaustausch, Vergleich der besten Verfahren, Leitlinien des Rates). Ausgehend von einem Beschluss des Europäischen Rates in Laeken im Dezember 2001 und auf der Grundlage von Strategieberichten der Mitgliedstaaten über ihre Rentenpolitik wurde dem Rat auf seiner Frühjahrstagung 2003 ein gemeinsamer Rentenbericht des Rates und der Kommission vorgelegt. Ziel ist es, der Herausforderung der Überalterung der Bevölkerung zu begegnen und die Reform der Rentensysteme zu beschleunigen. Der Bericht nennt als wirksame Mittel die Anhebung des tatsächlichen Renteneintrittalters und damit der Beschäftigungsquote für ältere Arbeitnehmer. Ein Gemeinsamer Bericht über das Gesundheitswesen und die Altenpflege greift die in Barcelona 2002 festgelegten Hauptziele - allgemeiner Zugang unabhängig von Einkommen oder Vermögen, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme - auf.

Angesichts der europäischen hohen Arbeitslosigkeit hat eine gemeinschaftliche Beschäftigungspolitik erhöhte Bedeutung gewonnen. So beschloss der Europäische Rat auf seinem Gipfeltreffen in Essen 1994 eine umfassende Zusammenarbeit und gemeinsame Strategie zur Förderung der Beschäftigung.

Auf dem Amsterdamer Gipfel 1997 wurde in den EG-Vertrag ein Beschäftigungskapitel aufgenommen, durch das der Beschäftigung rechtlich der gleiche Stellenwert zuerkannt wird wie anderen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Themen. Aufgrund des 1997 zur Umsetzung des Beschäftigungskapitels eingeführten Luxemburg-Prozesses sind jährlich beschäftigungspolitische Leitlinien zu verabschieden, deren Umsetzung in nationalen beschäftigungspolitischen Aktionsplänen der Mitgliedstaaten erfolgt und vom Ministerrat überprüft wird. Die im Dezember 2001 vom Europäischen Rat verabschiedeten Leitlinien beruhen auf 4 Säulen: Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, Entwicklung des Unternehmergeistes und der Schaffung von Arbeitsplätzen, Förderung der Anpassungsfähigkeit der Unternehmen und ihrer Beschäftigten, Verstärkung der Maßnahmen zur Förderung der Chancengleichheit für Männer und Frauen.

Ergänzt wird der Luxemburg-Prozess durch den Cardiff-Prozess von 1998, der Strukturreformen im Bereich der Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalmärkte anstrebt, und den Köln-Prozess von 1999, der das Element des Makroökonomischen Dialogs hinzufügt. Dieser ist zur Förderung eines starken Beschäftigungswachstums bei Preisstabilität auf ein spannungsfreies Zusammenwirken von Finanzpolitik, Geldpolitik und Lohnentwicklung ausgerichtet. Partner des Dialogs sind die Europäische Zentralbank, die Sozialpartner sowie der Europäische Rat und die Kommission.

Alle drei sich gegenseitig ergänzenden und unterstützenden Prozesse bilden den 1999 in Köln verabschiedeten Europäischen Beschäftigungspakt. Aufgrund des in Lissabon im März 2000 vereinbarten Ziels einer europäischen Beschäftigungsstrategie soll die Europäische Union bis 2010 „zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt werden - zu einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren Zusammenhalt zu erzielen.“ Alle Maßnahmen sollen im Rahmen einer übergeordneten politischen Orientierung zu einem Wechselspiel zwischen Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik beitragen. Die allgemeine Beschäftigungsquote soll bis 2010 auf 70%, diejenige von Frauen auf 60% steigen. Ergänzt und konkretisiert wird dies durch ein vom Europäischen Rat 2001 in

Stockholm eingeführtes Konzept zur Verbesserung der „Qualität der Arbeit“ (nicht nur mehr, sondern auch bessere Arbeitsplätze, um Vollbeschäftigung zu erreichen) und ein Nachhaltigkeitskonzept, nach dem gesellschaftliche Lasten auf die verschiedenen Generationen gerecht verteilt werden. Als zusätzliches Ziel bis 2010 wurde eine Quote von 50% für die Beschäftigung älterer Menschen (55-64 Jahre) beschlossen.

Der Europäische Rat hat in Barcelona im März 2002 Vorgaben für die Weiterentwicklung der Europäischen Beschäftigungsstrategie gemacht: eine Vereinfachung der Strategie, insbesondere durch Verringerung der Leitlinien, eine Angleichung des Zeitrahmens an die in Lissabon festgelegte Frist (2010) mit einer Zwischenbewertung 2006 und eine Stärkung der Rolle der Sozialpartner bei der Umsetzung der Leitlinien und der Kontrolle ihrer Einhaltung. Im Rahmen einer genaueren Definition der quantitativen Ziele der Beschäftigungsstrategie wurde das Ziel festgelegt, die effektive Lebensarbeitszeit bis 2010 um 5 Jahre zu verlängern. Im Juni 2003 in Thessaloniki beschloss der Europäische Rat, dass künftig die beschäftigungspolitischen Leitlinien gemeinsam mit den Empfehlungen der Grundzüge der Wirtschaftspolitik mit einer Dreijahres-Perspektive erstellt werden. Er nennt unter den Prioritäten und Schwerpunkten zur Erzielung des Lissabonner Ziels eine substanzielle Reform der Steuer- und Sozialleistungssysteme, Maßnahmen für effizientere, integrativere und anpassungsfähigere Arbeitsmärkte sowie eine Stärkung der Solidität der öffentlichen Finanzen durch weitere Senkung der öffentlichen Verschuldung und sofortigen Durchführung der Reform der Renten- und Krankenversicherungssysteme. Eine 2003 eingesetzte „Task Force“ über „Die Schaffung von mehr Beschäftigung in Europa“ unterstreicht, dass die Umsetzung der erforderlichen Reformen im Beschäftigungssektor beschleunigt werden muss.

Im Rahmen der Halbzeitprüfung der Lissabonner Strategie stellte der Europäische Rat im März 2005 einen deutlichen Rückstand bei ihrer Umsetzung fest. Er sieht es als unabdingbar an, der Lissabonner Strategie neue Impulse zu geben und die Prioritäten auf Wachstum und Beschäftigung auszurichten. Danach gilt es für Europa, die Grundlagen seiner Wettbewerbsfähigkeit zu erneuern, sein Wachstumspotenzial sowie seine Produktivität zu erhöhen und den sozialen Zusammenhalt zu stärken, indem es

vor allem auf Wissen, Innovation und Erschließung des Humankapitals (Anhebung des allgemeinen Bildungsniveaus, lebenslanges Lernen) setzt. Dabei soll die Sozialpolitische Agenda durch Stärkung des auf Vollbeschäftigung und größeren Zusammenhalt ausgerichteten europäischen Sozialmodells zur Verwirklichung der Ziele der Lissabonner Strategie beitragen.

Wichtigstes arbeitsmarktpolitisches Instrument der Gemeinschaft zur Förderung der beschäftigungspolitischen Anstrengungen der Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer beschäftigungspolitischen „Nationalen Aktionspläne“ ist der Europäische Sozialfonds (ESF). Seine Aufgabe ist es, die Beschäftigungsmöglichkeiten der Arbeitskräfte im Binnenmarkt zu verbessern, zur Hebung der Lebenshaltung beizutragen, sowie innerhalb der Gemeinschaft die berufliche Verwendbarkeit und die örtliche und berufliche Mobilität der Arbeitskräfte sowie die Gleichstellung von Männern und Frauen zu fördern. Er beteiligt sich an der Gemeinschaftsinitiative zur Bekämpfung von Diskriminierungen und Ungleichbehandlungen jeglicher Art in Bezug auf den Arbeitsmarkt. Der ESF soll außerdem die Anpassung an die industriellen Wandlungsprozesse und an Veränderungen der Produktionssysteme insbesondere durch berufliche Bildung und Umschulung erleichtern. Seine Zielsetzung enthält damit explizit den Aspekt der präventiven Arbeitsmarktpolitik. Arbeitslosigkeit soll möglichst gar nicht erst entstehen, sondern rechtzeitig durch Vermittlung neuer oder zusätzlicher, am Arbeitsmarkt nachgefragter Qualifikationen vermieden werden.

7a Über den EG-Raum hinaus ist die EG mit zahlreichen weiteren Staaten durch Assoziations- und Kooperationsabkommen verbunden, die zum Teil auch sozialrechtliche Bestimmungen enthalten.

8 Durch Beschluss des Europäischen Rates 1993 in Kopenhagen wurde die Grundlage dafür gelegt, die ostmitteleuropäischen Staaten durch eine verstärkte Zusammenarbeit Schritt für Schritt an die EG heranzuführen (Osterweiterung). Nach dem Beitritt der 10 neuen Mitgliedstaaten am 01.05.2004 wurde am 25. April 2005 der Beitrittsvertrag mit Bulgarien und Rumänien unterzeichnet mit dem Ziel des Beitritts zum 1. Januar 2007. Mit Kroatien und der Türkei wurden im Oktober 2005 Beitrittsverhandlungen aufgenommen. Der ehemaligen jugoslawische Republik Mazedonien wurde vom Europäischen Rat im Dezember 2005 Kandidatenstatus zuerkannt.

## Die einzelnen Instrumente der Sozialen Sicherung

### Instrumente der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO)

9 Die IAO wurde 1919 gegründet und ist heute eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Sie hat ihren Sitz in Genf. Ihr gehören gegenwärtig 178 Staaten als Mitglieder an. Zu den wichtigsten Aufgaben der IAO zählt die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer in der Welt. Hierzu verabschiedet sie Übereinkommen und Empfehlungen. Die Übereinkommen erlangen im Wege der Ratifizierung durch die einzelnen Mitgliedstaaten für diese völkerrechtliche Verbindlichkeit. Von den 185 Übereinkommen der IAO hat die Bundesrepublik Deutschland insgesamt 77 Übereinkommen ratifiziert (davon noch 68 in Kraft). Sie gehört damit zu den 16 Staaten mit den meisten Ratifizierungen. Mit der Ratifizierung weiterer Übereinkommen, die sich gegenwärtig im parlamentarischen Verfahren befinden, ist in Kürze zu rechnen.

Besonders erwähnenswert sind folgende Übereinkommen:

10 Das Übereinkommen Nr. 102 über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit vom 28.06.1952 verpflichtet die Mitglieder, die das Übereinkommen ratifiziert haben, bestimmte Mindeststandards für die Leistungen in den verschiedenen Zweigen der Sozialen Sicherheit einzuhalten. Die Bundesrepublik Deutschland hat als erster Staat die Verpflichtungen aus dem Übereinkommen für alle Zweige der Sozialen Sicherheit übernommen.

11 Das Übereinkommen Nr. 118 über die Gleichbehandlung von Inländern und Ausländern in der Sozialen Sicherheit vom 28.06.1965 verpflichtet die Mitglieder zur Gleichbehandlung und ergänzt die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit des Übereinkommens Nr. 102. Die Bundesrepublik Deutschland hat die Verpflichtungen des Übereinkommens für folgende Zweige der Sozialen Sicherheit übernommen: ärztliche Betreuung, Krankengeld, Leistungen bei Mutterschaft, Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie Leistungen bei Arbeitslosigkeit.

Weitere wichtige Übereinkommen, die für die Bundesrepublik Deutschland verbindlich sind, sind die Übereinkommen Nr. 19 über die Gleichbehandlung



einheimischer und ausländischer Arbeitnehmer in der Entschädigung bei Betriebsunfällen, Nr. 121 über Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, Nr. 128 über Leistungen bei Invalidität und Alter sowie an Hinterbliebene und Nr. 130 über ärztliche Betreuung und Krankengeld.

Bei den bevorstehenden Ratifizierungen handelt es sich um die Übereinkommen Nr. 172 (Arbeitsbedingungen in Hotels, Gaststätten und ähnlichen Betrieben), Nr. 180 (Arbeitszeiten der Seeleute und die Besatzungsstärke der Schiffe), des Protokolls zum Übereinkommen Nr. 147 (Mindestnormen auf Handelsschiffen), Übereinkommen Nr. 146 (Bezahlter Jahresurlaub der Seeleute) sowie Übereinkommen Nr. 166 (Heimschaffung der Seeleute). Alle diese Übereinkommen befinden sich derzeit im parlamentarischen Beratungsverfahren.

Mit einer Erklärung über die grundlegenden Prinzipien und Rechte bei der Arbeit vom Juni 1998 hat die IAO die Durchsetzung von Kernarbeitsnormen zu einem prioritären Ziel gemacht. Es handelt sich hierbei um vier Grundprinzipien – Vereinigungsfreiheit, Verbot von Zwangsarbeit, Kinderarbeit und Diskriminierung – die insbesondere in acht Übereinkommen ihre Ausformung finden. Die derzeit zu den Kernarbeitsnormen stattfindende Ratifizierungskampagne der IAO hat bereits nennenswerte weltweite Fortschritte erbracht.

Eine bei der IAO eingerichtete Weltkommission zur Sozialen Dimension der Globalisierung hat in ihrem Bericht vom Februar 2004 Globalisierungsstrategien und Politiken benannt, die zur Verringerung von Armut, zur Forcierung von Wachstum, Beschäftigung und Entwicklung sowie zur Förderung von menschenwürdiger Arbeit („decent work“) beitragen können. Im Blick steht hierbei auch die Unterstützung der internationalen Gemeinschaft, in ihrer Politik Ökonomie und soziale Ziele gleichrangig zu verfolgen. Der Bericht bildet einen Schwerpunkt der Arbeit der IAO. Er hat eine breite Diskussion ausgelöst. Diese geht in Richtung einer Vernetzung der Initiativen im Bereich Wachstum, Innovation und Beschäftigung innerhalb der internationalen Organisationen.

In einer Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen wurde der Bericht als Beitrag für eine allumfassende und gerechte Globalisierung anerkannt. Hierin formulierte Ziele fanden auch Eingang in das Ergebnisdokument der Folgekonferenz

vom September 2005 zur so genannten Millenniumserklärung: In dieser haben sich im Jahr 2000 Staats- und Regierungschefs aus 189 Ländern acht Entwicklungsziele (so z. B. die Bekämpfung von Armut und Hunger) gesetzt.

## **VN, OECD und OSZE**

12 Die Vereinten Nationen (VN), die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD=Organization for Economic Cooperation and Development) und die Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (OSZE) entwickeln zunehmend Aktivitäten im sozialpolitischen Bereich. Zu den Vertragswerken der VN im Menschenrechtsbereich gehört der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966, in dem u. a. das Recht auf soziale Sicherheit für jedermann verankert ist, ohne dass dadurch einklagbare Ansprüche für den Einzelnen entstünden.

Im März 1995 fand in Kopenhagen ein Weltsozialgipfel statt, der die Notwendigkeit einer weltweiten Zusammenarbeit im Kampf gegen die Armut herausstellte und auf dem Übereinstimmung über einen Kernbereich von Arbeitsstandards erzielt wurde.

Die OECD untersucht die Zusammenhänge von wirtschaftlicher Entwicklung und Arbeitslosigkeit und versucht, Lösungsmöglichkeiten für die strukturellen Ursachen der Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsstrategien aufzuzeigen.

In der OSZE spielen Wanderungsfragen unter dem Gesichtspunkt ihrer „menschlichen Dimension“ eine wachsende Rolle.

## **Instrumente des Europarats**

13 Der Europarat wurde 1949 zur Förderung des wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts in Europa gegründet. Die Bundesrepublik Deutschland gehört ihm seit 1950 an (zunächst als assoziiertes Mitglied, seit 1951 als Vollmitglied). Auf den Europarat gehen sowohl Instrumente zurück, welche die Mitgliedstaaten völkerrechtlich verpflichten, als auch Instrumente, die Ansprüche für den Einzelnen begründen.

14 Die Europäische Sozialcharta vom 18.10.1961, in Kraft seit dem 26.02.1965, soll als multilateraler Vertrag des Europarats wichtige sozialpolitische Forderungen als gemeinsame Ziele der 46 Mitgliedstaaten des Europarats herausstellen. Die Charta ist das



grundlegende Vertragswerk auf dem Gebiet der Sozialpolitik. Sie begründet kein unmittelbar geltendes Recht, sondern zwischenstaatliche Verpflichtungen der Vertragsparteien. Zu den Grundsätzen der Europäischen Sozialcharta gehören das Recht auf Arbeit, gerechte, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen und gerechtes Entgelt, Berufsberatung und berufliche Ausbildung, Schutz der Gesundheit, soziale Sicherheit und Fürsorge sowie Inanspruchnahme sozialer Dienste. Ferner gehören dazu das Recht der körperlich, geistig und seelisch behinderten Menschen auf berufliche Ausbildung sowie auf berufliche und soziale Eingliederung oder Wiedereingliederung, der Familienschutz und das Recht der Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen auf Schutz und Beistand. Die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet, die Grundsätze der Charta als eigene Erklärung der Ziele ihrer Politik anzusehen, die sie mit allen geeigneten Mitteln verfolgen werden. Die Charta wurde u. a. durch ein Zusatzprotokoll vom 05.05.1988 um weitere Rechte – Chancengleichheit von Frauen und Männern im Berufsleben, Mitwirkung der Arbeitnehmer im Betrieb und sozialen Schutz alter Menschen – ergänzt. Neben der Bundesrepublik Deutschland haben noch weitere 37 Staaten die Europäische Sozialcharta bzw. die 1996 zur Zeichnung aufgelegte revidierte Europäische Sozialcharta ratifiziert.

*15* Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16.04.1964, für Deutschland in Kraft seit 28.01.1972, setzt für die Mitgliedstaaten des Europarats in allen Zweigen der sozialen Sicherheit Normen hinsichtlich des Kreises der zu schützenden Personen, der Anspruchsvoraussetzungen sowie der Art und Höhe der zu gewährenden Leistungen. Sie begründet kein unmittelbar geltendes Recht, sondern zwischenstaatliche Verpflichtungen der Vertragsparteien. Die Einhaltung der Verpflichtungen wird durch umfangreiche Berichtspflichten gewährleistet. Gegliedert ist die Europäische Ordnung nach Leistungen: Ärztliche Betreuung, Krankengeld, Leistungen bei Arbeitslosigkeit und Berufskrankheiten, Familienleistungen, Leistungen bei Mutterschaft, bei Invalidität und an Hinterbliebene. Das Protokoll zur Europäischen Ordnung enthält völkerrechtlich verpflichtende Bestimmungen, die über die der Ordnung hinausgehen. Deutschland gehört zu den wenigen Mitgliedstaaten, die sämtliche Verpflichtungen aus der Ordnung und aus dem Protokoll übernommen haben. 1990 wurde die Revidierte Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit unterzeichnet. Sie setzt

höhere Mindeststandards, ist aber noch von keinem Vertragsstaat ratifiziert worden.

*16* Die beiden Vorläufigen Europäischen Abkommen über Soziale Sicherheit vom 11.12.1953, in Kraft seit 01.09.1956 (die Anhänge I, II und III gelten in Deutschland in der revidierten Fassung vom 15.03.1983), beziehen sich auf Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten einerseits und auf Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie Arbeitslosigkeit und auf Familienbeihilfen andererseits. Die Abkommen regeln, wie jeder Vertragsstaat die Angehörigen anderer Vertragsstaaten, insbesondere Wanderarbeitnehmer, zu behandeln hat. Sie verpflichten die Vertragsstaaten, unter bestimmten Bedingungen Angehörige jedes anderen Vertragsstaats sowie Flüchtlinge bei der Anwendung der innerstaatlichen Rechtsvorschriften über Soziale Sicherheit und bei der Anwendung der zwischen den Vertragsstaaten bestehenden zwei- und mehrseitigen Abkommen die gleiche Behandlung wie den eigenen Staatsangehörigen zu gewähren. Die Abkommen schaffen unmittelbar geltendes Recht.

## **EG-Recht und zwischenstaatliche Abkommen**

*17* Die EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und 574/72, deren Geltung auf die Mitgliedstaaten des EWR ausgedehnt wurde, sowie die bilateralen Abkommen der Bundesrepublik Deutschland mit anderen Staaten haben das Ziel, die Sozialleistungssysteme der Mitgliedstaaten bzw. der Vertragsstaaten zu koordinieren. Sie eröffnen durchweg einklagbare Leistungsansprüche für den Berechtigten und sind deshalb für diesen von größter Bedeutung.

*18* Das Verständnis der vielen und vielfältigen internationalen Regelungen wird sehr erleichtert, wenn man berücksichtigt, dass sich im Laufe der Zeit für die Gestaltung von internationalen Regelungen auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit bestimmte Grundsätze entwickelt haben, die von allen Staaten, die an der Ausgestaltung solcher Regelungen beteiligt sind, beachtet werden.

*19* Sowohl das EG-Recht wie auch die zwischenstaatlichen Abkommen beachten das Prinzip der Gegenseitigkeit. Das bedeutet, die Regelungen gelten grundsätzlich für alle EG/EWR-Mitgliedstaaten und für die jeweiligen Vertragsstaaten in gleicher Weise im Verhältnis zueinander. Allerdings können Beson-

derheiten der nationalen Rechtssysteme einseitige Regelungen erforderlich machen. Nicht zu verwechseln ist der – formale – Grundsatz der Gegenseitigkeit mit dem – materiellen – Grundsatz der Gleichwertigkeit der Leistungen der Mitgliedstaaten bzw. der Vertragsstaaten. Nach dem international anerkannten Grundsatz des „ich gebe, damit du gibst“ ist jeder Staat bestrebt, für die seinem Schutz anvertrauten Personen vom Vertragspartner Leistungen zu erhalten, die den Leistungen gleichwertig sind, die er den Staatsangehörigen des Vertragspartners erbringt. Die Gleichwertigkeit der Leistungen ist allerdings sehr viel schwieriger zu beurteilen. Schon der Umstand, dass manche Leistungen in der Sozialen Sicherheit auf Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber beruhen und andere aus Haushaltsmitteln des Staates finanziert werden, erschwert die Beurteilung, denn die ersten haben Eigentumscharakter und sollten daher dem Berechtigten nicht vorenthalten werden, während letztere tendenziell Bedürftigkeitserwägungen zugänglich sind. Gravierender ist aber Folgendes: Die Leistungen der beiden Vertragspartner können auf verschiedenen Gebieten liegen. So kann der eine Staat Arbeitskräfte zur Verfügung stellen und der andere sichert Tariflöhne und soziale Sicherheit zu. Ein gesondertes Abkommen über Soziale Sicherheit erweckt dann beim Bürger des Staates, in dem die ausländischen Arbeitnehmer beschäftigt werden, leicht den Eindruck eines einseitigen Abkommens. Darüber hinaus sollte bei der Beurteilung eines solchen scheinbar einseitigen Abkommens berücksichtigt werden, dass die ausländischen Arbeitnehmer auch Beiträge und Steuern zahlen. Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten die Abkommen, welche die Bundesrepublik Deutschland mit den ehemaligen Anwerbeländern geschlossen hat, so waren diese für die Bundesrepublik Deutschland durchweg günstig. Konkrete Regelungen lassen sich daher aus dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Leistungen nur sehr bedingt ableiten. Er ist jedoch eine Handlungsmaxime, die bei internationalen Verhandlungen zu beachten ist.

20 Die meisten Staaten kennen in ihrem Recht Einschränkungen, soweit Leistungen auch an Personen erbracht werden sollen, die sich im Ausland aufhalten. So werden Renten überhaupt nicht oder nur eingeschränkt ins Ausland gezahlt, oder der Schutz der Krankenversicherung endet an der Grenze. Die internationalen Regelungen über Soziale Sicherheit können diese Einschränkungen aufheben und bestimm-

men, dass die Leistungen, auf die ein Berechtigter im Inland Anspruch hat, auch dann erbracht werden, wenn er sich im Ausland vorübergehend oder gewöhnlich aufhält. Man spricht hier vom Leistungsexportprinzip.

Ziel internationaler Instrumente kann es aber auch sein, Berechtigte mit Versicherungszeiten in einem anderen Staat in das jeweils eigene Rechtssystem einzugliedern. Die Anwendung des Eingliederungsprinzips hat zur Folge, dass der Berechtigte, der im Inland wohnt, Leistungen auch für die in einem anderen Staat zurückgelegten Versicherungszeiten erhält. Es bietet sich u. a. dann an, wenn komplizierte sozialversicherungsrechtliche Tatbestände – etwa als Folge von Kriegen – abschließend geregelt werden sollen. Auf dem Eingliederungsprinzip beruhen das deutsch-polnische Abkommen über Renten- und Unfallversicherung von 1975, das nach Ablösung durch das deutsch-polnische Abkommen von 1990 – seit 01.05.2004 aufgrund EG-Rechts - nur noch für Besitzstandsfälle gilt, und das so genannte Südtirolabkommen vom 27.01.1976.

21 Zur Koordinierung der nationalen Rechtssysteme der Sozialen Sicherung bedienen sich das EG-Recht wie auch die zwischenstaatlichen Abkommen folgender Mittel:

- Der Abgrenzung des Anwendungsbereichs der Rechtsvorschriften der beteiligten Staaten, um Überschneidungen zu vermeiden,
- der Verzahnung der Rechtsvorschriften der beteiligten Staaten, um Lücken auszufüllen und
- der Zusammenarbeit der beteiligten Staaten, um die Bestimmungen durchzuführen.

Eine Abgrenzung des Anwendungsbereichs der Rechtsvorschriften der beteiligten Staaten kann sowohl hinsichtlich der Pflichten als auch der Rechte des von dem internationalen Instrument erfassten Personenkreises erforderlich sein.

22 Eine wesentliche Pflicht ist die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer mit der damit verbundenen Pflicht zur Beitragszahlung. Grundsätzlich gilt für die Versicherungs- und Beitragspflicht das Territorialitätsprinzip. Nach deutschem Recht gelten die deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht für alle Personen, die in Deutschland beschäftigt sind. Versicherungspflichtig sind jedoch auch Arbeitnehmer, die von ihrem Arbeitgeber vorübergehend ins

Ausland entsandt werden. Das ist die so genannte Ausstrahlung inländischer Beschäftigungsverhältnisse. Solch ein entsandter Arbeitnehmer, der nach deutschen Rechtsvorschriften versicherungspflichtig ist, ist aber in der Regel auch nach den Rechtsvorschriften des anderen Staates, der für die Versicherungspflicht ebenfalls das Territorialitätsprinzip anwendet, versicherungspflichtig. Aufgabe des internationalen Rechts der Sozialen Sicherung ist es, hier eine doppelte Versicherungs- und Beitragspflicht zu verhindern. Es geschieht dies dadurch, dass sowohl das EG-Recht als auch die internationalen Abkommen Bestimmungen enthalten, die sicherstellen, dass das Beschäftigungsverhältnis eines Arbeitnehmers nur den Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht eines einzigen Staates unterstellt ist. Abgrenzungsvorschriften gibt es jedoch auch beim Leistungsrecht, um Doppelleistungen zu vermeiden. So enthalten das EG- und Abkommensrecht Bestimmungen darüber, nach welchen Rechtsvorschriften Leistungen für Kinder zu erbringen sind, wenn die Rechtsvorschriften beider Vertragsstaaten Leistungen für Kinder vorsehen.

23 Zur Verzahnung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten der EG und des EWR sowie der Vertragsstaaten eines internationalen Abkommens hat das internationale Recht der Sozialen Sicherung folgende Grundsätze entwickelt:

24 Der Grundsatz der Personengleichstellung bedeutet, dass die Staatsangehörigen jedes anderen EG/EWR-Mitgliedstaates sowie des anderen Vertragsstaates bei der Anwendung der innerstaatlichen Rechtsvorschriften wie eigene Staatsangehörige behandelt werden. Hierdurch werden die Einschränkungen, die das deutsche Recht für Ausländer vorsieht, für die Staatsangehörigen der anderen Mitgliedstaaten und des anderen Vertragsstaates aufgehoben. Nach dem deutschen Auslandsrentenrecht werden bei Berechtigten, die nicht Deutsche bzw. – seit August 2004 – nicht EG/EWR-Staatsangehörige sind und die sich im Ausland gewöhnlich aufhalten, bei der Berechnung der Höhe der Rente die auf Beitragszeiten beruhenden persönlichen Entgeltpunkte nur zu 70 v. H. und beitragsfreie Zeiten wie z. B. Ausbildungszeiten überhaupt nicht berücksichtigt. Die Personengleichstellung bewirkt – gemeinschaftsrechtlich bzw. vertraglich bindend –, dass auch bei Staatsangehörigen eines anderen EG/EWR-Mitgliedstaates oder eines anderen Vertragsstaates die Rente nicht gekürzt und beitragsfreie Zeiten unter denselben

Voraussetzungen wie bei Deutschen berücksichtigt werden können.

25 Der Grundsatz der Gebietsgleichstellung bedeutet, dass in Fällen, in denen nach innerstaatlichen Rechtsvorschriften die Leistungserbringung für Deutsche und Ausländer vom Inlandsaufenthalt abhängig ist, die Leistung auch an Personen erbracht werden kann, die sich in einem anderen EG/EWR-Mitgliedstaat oder in einem anderen Vertragsstaat aufhalten. Damit entfallen die Leistungseinschränkungen, die das deutsche nationale Recht bei Auslandsaufenthalt vorsieht. So ruhen grundsätzlich die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sich der Versicherte außerhalb Deutschlands aufhält. Urlauber, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten damit grundsätzlich keine Leistungen der deutschen Krankenversicherung, wenn sie im Ausland ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Die Gebietsgleichstellung im Recht der EG und in zwischenstaatlichen Abkommen hebt diese Leistungseinschränkung – jedenfalls im Prinzip – auf. Der deutsche Krankenversicherungsschutz erstreckt sich damit auch auf Versicherte, die sich – etwa während ihres Urlaubs – im Ausland aufhalten.

Andere wichtige Beispiele für die Wirkung der Gebietsgleichstellung gibt es im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung. Durch die Gebietsgleichstellung wird es möglich, Berufsunfähigkeitsrenten auch dann an Berechtigte in einem anderen EG/EWR-Staat oder Vertragsstaat zu zahlen, wenn die Berufsunfähigkeit erst in diesem Staat eingetreten ist. Die Gebietsgleichstellung gilt – wie bereits angedeutet – in den internationalen Instrumenten in der Regel nicht uneingeschränkt. So werden auch Renten für außerhalb des Bundesgebiets nach den Reichsversicherungsgesetzen zurückgelegte Beitragszeiten und für die nach dem Fremdreten-gesetz gleichgestellten Beitragszeiten grundsätzlich nicht mehr an Berechtigte im Ausland erbracht.

26 Der Grundsatz der Tatbestandsgleichstellung hat zur Folge, dass bestimmte Rechtsfolgevoraussetzungen, die im innerstaatlichen Recht vorgesehen sind, auch durch gleichartige Tatbestände in einem anderen Mitgliedstaat der EG bzw. des EWR oder im anderen Vertragsstaat erfüllt werden können.

Ein solcher Fall der Tatbestandsgleichstellung ist die Gleichstellung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Vertragsstaat mit einer versicherungs-

pflichtigen Beschäftigung im Inland. Sie ermöglicht die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten in zwei oder mehr EG/EWR-Mitgliedstaaten oder in zwei Vertragsstaaten zur Erfüllung der Wartezeit für einen Rentenanspruch, die so genannte Totalisierung. Sie ist eine der ältesten Regelungen in internationalen Abkommen über Soziale Sicherheit, weswegen diese gelegentlich auch als Totalisierungsabkommen bezeichnet werden.

27 Schließlich enthalten die internationalen Instrumente Bestimmungen über die Zusammenarbeit der Staaten bei der Durchführung des nationalen und internationalen Rechts. Eine solche Zusammenarbeit ist in allen Zweigen der Sozialen Sicherung nötig. Die ärztlichen Untersuchungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eines während des Urlaubs im Ausland erkrankten Versicherten können nur von einem Vertragsarzt der dortigen Krankenversicherung vorgenommen werden. Bei der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen durch die Krankenversicherten im anderen EG/EWR-Mitgliedstaat oder Vertragsstaat arbeiten diese eng zusammen. Kann die Wartezeit für einen Rentenanspruch nur durch Zusammenrechnung der Versicherungszeiten in zwei Staaten erfüllt werden, ist ein Austausch der entsprechenden Daten zwischen den Versicherungsträgern beider Staaten erforderlich. Lebensbescheinigungen für Kinder im Ausland können nur von den dortigen Behörden erstellt werden.

### **EWG-Verordnungen Nr. 1408/71 und 574/72**

28 Die EG-Verordnung Nr. 1408/71 und die Durchführungsverordnung Nr. 574/72 sind die umfassenden Instrumente der EG und des EWR (also mit Island, Lichtenstein und Norwegen) zur Koordinierung der nationalen Systeme über Soziale Sicherheit. Sie sind mehrfach geändert worden und wurden durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 in der geänderten Fassung bekannt gemacht. Sie wurde zuletzt durch die Verordnung (EG) Nr. 647/2005 vom 13.04.2005 geändert. Mit der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 wurde nach langen Vorarbeiten eine Modernisierung und Vereinfachung geschaffen. Sie ist an Stelle der Verordnung 1408/71 anwendbar, sobald die noch erforderliche Durchführungsvereinbarung in Kraft tritt. Dies ist für 2007 in Aussicht genommen.

29 Die Verordnungen haben im Wesentlichen die Abkommen über Soziale Sicherheit verdrängt, welche die Mitgliedstaaten der EG und des EWR untereinander geschlossen haben. Sofern diese Abkommen

nicht ausdrücklich aufgehoben wurden, gelten sie aber weiter, soweit sie in ihrem persönlichen und sachlichen Anwendungsbereich über die EG-Verordnungen hinausgehen und z. B. auch für Nichtarbeitnehmer und Nicht-EWR-Staatsangehörige (so genannte Drittstaatsangehörige) gelten. Sie gelten zum Teil auch für EG/EWR-Staatsangehörige weiter, soweit sie als weitergehende oder für besondere Zwecke geschaffene Regelungen in die Anhänge zu den Verordnungen aufgenommen worden sind.

Schließlich können die Staaten, soweit ein Bedürfnis besteht, nach den Grundsätzen und dem Geist der Verordnungen Abkommen und Durchführungsvereinbarungen miteinander schließen. Solche Abkommen, Vereinbarungen und Sonderregelungen bestehen in großer Zahl.

30 Die Verordnungen haben einen umfassenden sachlichen Anwendungsbereich. Sie beziehen sich auf folgende Systeme der Sozialen Sicherheit:

- Krankenversicherung einschließlich Mutterschutz,
- Leistungen bei Alter, Invalidität und Tod (im Folgenden: Rentenversicherung),
- Unfallversicherung,
- Leistungen bei Arbeitslosigkeit sowie auf die
- Familienleistungen (Kindergeld, Erziehungsgeld).

Zum sachlichen Anwendungsbereich der Verordnungen gehört auch die in Deutschland neu eingeführte Pflegeversicherung. Sie ist EG-rechtlich den Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft zuzuordnen. Seit dem 1. Januar 2005 sind auch die deutschen berufsständischen Versorgungseinrichtungen in den sachlichen Geltungsbereich (Leistungen bei Alter, Invalidität und Tod) einbezogen.

31 Ihr persönlicher Geltungsbereich erstreckt sich auf Arbeitnehmer und Selbständige, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten,

- soweit sie Staatsangehörige eines Mitgliedstaates sind,
- Staatenlose und Flüchtlinge im Sinne der einschlägigen internationalen Abkommen, soweit sie in einem Mitgliedstaat wohnen, sowie
- ggf. Hinterbliebene der vorgenannten Personen.

32 Auf dem Gebiet Krankenversicherung ermöglichen diese Verordnungen – mit gewissen Einschränkungen – die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung in jedem Mitgliedstaat der Gemeinschaft. Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, die während ihres Aufenthalts in einem anderen EG/EWR-Mitgliedstaat erkranken, können grundsätzlich ärztliche Versorgung, Arzneimittel und sonstige medizinische Leistungen auch in diesem Staat in Anspruch nehmen. Die dortige Krankenversicherung ist verpflichtet, die medizinische Versorgung im Wege der so genannten Sachleistungsaushilfe durch die ihr angeschlossenen Krankenhäuser, Ärzte, Apotheker usw. wie eigenen Versicherten zu erbringen. Dabei werden die Kosten grundsätzlich durch die Krankenkasse des Versicherten im Herkunftsstaat erstattet.

Versicherte bedürfen, damit sie die Sachleistungen im anderen EG/EWR-Mitgliedstaat in Anspruch nehmen können, eines Dokuments ihrer Krankenversicherung, das ihren Leistungsanspruch bestätigt. Für Versicherte, die sich vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat aufhalten, z. B. Urlauber, wurde ab 1. Juli 2004 eine Europäische Krankenversicherungskarte eingeführt, die nunmehr direkt dem Leistungserbringer wie Arzt oder Krankenhaus vorzulegen ist. Nach einer Übergangsregelung müssen die Mitgliedstaaten die Europäische Krankenversicherungskarte Anfang 2006 endgültig einführen. Ab diesem Zeitpunkt erhalten auch alle Versicherte der deutschen Krankenversicherung die Europäische Krankenversicherungskarte, mit der schrittweisen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab 2006 auf deren Rückseite. Aufgrund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs können Versicherte – anstelle der Sachleistungsaushilfe durch den Krankenversicherungsträger im anderen EG/EWR-Staat – dort ambulante Leistungen ohne Genehmigung ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen und sich von dieser die Kosten nach innerstaatlichen Sätzen erstatten lassen. Dies ist ab 01.01.2004 auch in innerstaatliches deutsches Recht umgesetzt. Allerdings ist dieses Vorgehen mit Vorleistungen des Versicherten, Abschlägen u. a. wegen Verwaltungskosten und unter Umständen mit zusätzlichen eigenen Kosten bei Privatrechnungen verbunden. Es gilt im Übrigen für Krankenhausleistungen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse (vgl. Kapitel 5, Rdnr 246 f).

Aus der Einordnung der Leistungen der Pflegeversicherung in solche bei Krankheit im Sinne der

EG-Verordnungen ergibt sich, dass die für einen Leistungsanspruch notwendige Vorversicherungszeit auch durch eine Versicherungszeit nach den Rechtsvorschriften eines anderen EG/EWR-Mitgliedstaats erfüllt werden kann. Leistungen der Pflegeversicherung können als Sachleistungen im Wege der Leistungsaushilfe auch in einem anderen EG/EWR-Staat in Anspruch genommen werden, soweit die Rechtsvorschriften des anderen Staates solche Leistungen vorsehen. Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen muss (so der Europäische Gerichtshof) auch Versicherten der deutschen Pflegeversicherung und ihren mitversicherten Familienangehörigen gezahlt werden, die sich in einem anderen EG/EWR-Staat gewöhnlich aufhalten.

33 Auf dem Gebiet der Rentenversicherung stellen die Verordnungen sicher, dass Staatsangehörige eines EG/EWR-Mitgliedstaats bei der Anwendung der Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaates wie dessen eigene Staatsangehörige behandelt werden (Personengleichstellung). Deutsche, die in der Rentenversicherung eines anderen Mitgliedstaates versichert waren und in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat wohnen, erhalten also von der Rentenversicherung des Mitgliedstaates, in dem sie versichert waren, im Versicherungsfall grundsätzlich die gleiche Rente wie dessen eigene Staatsangehörige. Seit dem 5. Mai 2005 gilt dies nach EG-Recht auch bei gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Mitgliedstaaten (Anpassung im EWR - Abkommen steht noch aus). Entsprechendes gilt selbstverständlich auch für die Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten, die in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert waren und in einem Mitgliedstaat oder außerhalb der Mitgliedstaaten wohnen (seit August 2004 auch innerstaatliches deutsches Recht).

Weiter gelten die Einschränkungen, die das deutsche Auslandsrentenrecht für Rentner vorsieht, die im Ausland wohnen, nicht für die EG/EWR-Staatsangehörigen, die sich in einem anderen Mitgliedstaat des EWR gewöhnlich aufhalten (Gebietsgleichstellung). Hiervon gibt es allerdings – wie bereits ausgeführt – Ausnahmen. Auch für die Anfang 2003 eingeführte bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist der Leistungsexport ausgeschlossen.

Erfüllt ein Versicherter im Versicherungsfall nicht die zeitlichen Voraussetzungen für einen Rentenanspruch, so sind ggf. die in einem anderen Mit-



gliedstaat zurückgelegten Versicherungszeiten mit zu berücksichtigen (Tatbestandsgleichstellung). Zur Erfüllung der im deutschen Recht vorgeschriebenen Wartezeiten von fünf oder mehr anrechnungsfähigen Versicherungsjahren sind erforderlichenfalls die Versicherungszeiten in Deutschland mit denen in einem anderen EG/EWR-Mitgliedstaat zusammenzurechnen (Totalisierung). Zur Erfüllung der Sondervoraussetzungen der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (36 Beitragsmonate für eine versicherungspflichtige Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles) genügt es, dass entsprechende Zeiten in einem anderen Mitgliedstaat zurückgelegt worden sind.

Die deutschen Versicherungsträger und die der anderen Mitgliedstaaten zahlen aber auch in den Fällen, in denen der Rentenanspruch aufgrund der Berücksichtigung von Versicherungszeiten in einem anderen Mitgliedstaat besteht, nur eine Rente, die der nach den eigenen Rechtsvorschriften zurückgelegten Versicherungszeit entspricht, nicht aber eine Rente etwa aus fremden Versicherungszeiten. Auch hier gibt es allerdings geringfügige Ausnahmen.

34 In der Unfallversicherung gelten ähnliche Regelungen wie für die Kranken- und Rentenversicherung. Insbesondere gelten die Grundsätze der Gleichstellung der Staatsangehörigen der EG/EWR-Mitgliedstaaten und der uneingeschränkten Leistungserbringung bei Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat. Die medizinische Versorgung wird hierbei ebenso wie in der Krankenversicherung durch die Sachleistungsaushilfe der Versicherungsträger im anderen Mitgliedstaat sichergestellt. Außerdem wird bestimmt, wie die in anderen Mitgliedstaaten eingetretenen Tatbestände – einschließlich der Expositionszeiten bei Berufskrankheiten – zu berücksichtigen sind. Grundsätzlich werden die Geldleistungen wegen einer Berufskrankheit von dem Mitgliedstaat erbracht, in dem die Tätigkeit, die ihrer Art nach geeignet ist, eine solche Krankheit zu verursachen, zuletzt ausgeübt wurde. Bei bestimmten Berufskrankheiten mit langer Expositionszeit, wie z. B. Asbestose und Silikose, werden die Aufwendungen unter den beteiligten Staaten aufgeteilt.

35 Bei den Leistungen an Arbeitslose gelten im EG-Recht uneingeschränkt der Grundsatz der Gleichbehandlung der Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, jedoch nur eingeschränkt die Grundsätze des Leistungsexports und der Zusammenrechnung der Versicherungszeiten. Das hängt damit zusammen, dass

die Arbeitslosenversicherung es mit Tatbeständen zu tun hat, die, wenn sie sich im Ausland abspielen, für den Träger, der die Leistungen zu erbringen hat, nur schwer zu überprüfen und seiner Einflussnahme entzogen sind. Solche Tatbestände sind etwa die Umstände des Eintritts der Arbeitslosigkeit und die Möglichkeiten einer erneuten Beschäftigung. Von gewissen Ausnahmen abgesehen, findet deshalb eine Zusammenrechnung der Versicherungszeiten für den Anspruchserwerb und die Anspruchsdauer nur statt, wenn der Arbeitslose zuletzt in dem Staate beschäftigt gewesen ist, in dem er Leistungen wegen Arbeitslosigkeit beantragt.

Das Ziel, die Freizügigkeit der Arbeitnehmer in der Gemeinschaft herzustellen, kommt in der Regelung des Leistungsexports zum Ausdruck. Ein Leistungsempfänger, der in dem Mitgliedstaat, in dem er beschäftigt gewesen ist, keine neue Beschäftigung finden kann, behält seinen Leistungsanspruch bis zur Dauer von drei Monaten, wenn er sich zur Arbeitsuche in einen anderen Mitgliedstaat begibt. Er muss sich bei der Arbeitsverwaltung des anderen Mitgliedstaates als Arbeitsuchender melden und kann dort das Arbeitslosengeld des Staates seiner letzten Beschäftigung erhalten.

Sonderregelungen gelten besonders für Grenzgänger und Saisonarbeiter, die Leistungen wegen Arbeitslosigkeit in dem Staat erhalten, in dem sie wohnen.

36 Arbeitnehmer und Selbständige, die in einem Mitgliedstaat beschäftigt bzw. erwerbstätig sind oder in diesem Leistungen wegen Arbeitslosigkeit beziehen, erhalten Kindergeld nach den Rechtsvorschriften dieses Staates auch für die in einem anderen Mitgliedstaat wohnenden Kinder (Leistungsexportprinzip oder Beschäftigungslandprinzip). Ist der andere Elternteil in dem Mitgliedstaat, in dem die Kinder wohnen, ebenfalls beschäftigt, so ist dieser Staat vorrangig leistungspflichtig. Ist das Kindergeld im erstgenannten Staat höher, so hat dieser den Differenzbetrag zu leisten.

36a Am 01.06.2003 ist die Verordnung (EG) Nr. 859/2003 vom 14.05.2003 in Kraft getreten, durch die auch so genannte Drittstaatsangehörige, die nicht EG/EWR-Staatsangehörige sind, in die EG-Verordnung 1408/71 und 574/72 einbezogen werden. Deren Regelungen gelten dann auch für diese Personen, wenn sie ihren rechtmäßigen Wohnsitz in einem Mitgliedstaat haben. (Dänemark ist jedoch von der Anwendung der Verordnung ausgenommen.)



### **EG–Abkommen mit der Schweiz, das so genannte vierseitige Abkommen und das Rheinschifferübereinkommen**

37 Nachdem der Beitritt der Schweiz zum Europäischen Wirtschaftsraum 1992 gescheitert war, haben die EG und deren Mitgliedstaaten mit der Schweiz ein Paket von sieben Sektoralabkommen ausgehandelt mit dem Ziel einer stärkeren Bindung der Schweiz an Europa. Hierzu gehört auch ein Abkommen über die Freizügigkeit. Es garantiert für Staatsangehörige der Schweiz und der EG-Mitgliedsstaaten innerhalb bestimmter Übergangsfristen u. a. den freien Personenverkehr und eine Öffnung des Arbeitsmarkts zwischen den EG-Staaten und der Schweiz. Aufgrund des Abkommens gilt die sozialrechtliche Koordinierung der EG-Verordnung Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 auch zwischen der Schweiz und den EG-Mitgliedstaaten (z. B. Zusammenrechnung schweizerischer mit mitgliedstaatlichen Versicherungszeiten für den Rentenanspruch, Rentenexport, Krankenversicherungsschutz auch bei Aufenthalt des Versicherten in einem anderen der beteiligten Staaten). Besonderheiten können im Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz bei der Frage der Zugehörigkeit zur deutschen oder schweizerischen Krankenversicherung bei Grenzgängern zur Schweiz und Rentnern zur Anwendung kommen. Das am 21.06.1999 unterzeichnete Abkommen ist am 01.06.2002 in Kraft getreten und verdrängt damit die bisherigen bilateralen Abkommen mit der Schweiz, weitgehend auch ein vierseitiges Abkommen über Soziale Sicherheit zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz.

Das bereits erwähnte Abkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer von 1950 - nunmehr Übereinkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer von 1979 - zwischen Deutschland, Belgien, Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden und der Schweiz entspricht im Wesentlichen den EG-rechtlichen Bestimmungen. Es ergänzt diese, soweit dies die besonderen Verhältnisse der Rheinschiffer erfordern.

### **Die Abkommen mit den Anwerbeländern**

38 Abkommen sind auch mit den ehemaligen Anwerbeländern, nämlich mit dem ehemaligen Jugoslawien, mit Marokko, Tunesien und der Türkei geschlossen worden. Die weitere Anwendung des mit der ehemaligen Sozialistischen Föderativen

Republik Jugoslawien geschlossenen Abkommens über Soziale Sicherheit und des Abkommens über Arbeitslosenversicherung wurde im Verhältnis zu der späteren Bundesrepublik Jugoslawien – jetzt Serbien und Montenegro – aufgrund eines bilateralen Protokolls und aufgrund besonderer Notenwechsel im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien und Slowenien vereinbart. Mit Kroatien trat am 01.12.1998, mit Slowenien am 01.09.1999 und mit Mazedonien am 01.01.2005 je ein neues Abkommen über Soziale Sicherheit in Kraft. Für Slowenien wurde das Abkommen mit dem Beitritt zur EU am 01.05.2004 durch die EG-Verordnung 1408/71 nach deren Bestimmungen abgelöst. Mit der Anwerbung von Arbeitnehmern aus den genannten Staaten übernahm die Bundesrepublik Deutschland auch Verantwortung für die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer und ihrer Familien. Die Arbeitnehmer zahlen Beiträge zur Sozialversicherung und Steuern und haben deshalb auch Anspruch auf Sozialleistungen.

Die Abkommen sind grundsätzlich auf einen umfassenden sachlichen Geltungsbereich hin angelegt.

Sie beziehen sich auf die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die Abkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien und mit der Türkei auch auf das Kindergeld. Mit Marokko und Tunesien bestehen besondere Kindergeldabkommen.

Das Abkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien über Soziale Sicherheit ist ein so genanntes offenes Abkommen, gilt also für jedermann, der die im Abkommen genannten Voraussetzungen erfüllt. Die Abkommen mit der Türkei, Marokko und Tunesien sowie das Arbeitslosenversicherungsabkommen mit dem ehemaligen Jugoslawien sind geschlossene Abkommen, die nur für die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten und für Staatenlose und Flüchtlinge im Sinne der einschlägigen internationalen Konventionen sowie ggf. für Angehörige und Hinterbliebene gelten. Der Gleichbehandlungsgrundsatz gilt in allen Abkommen nur für diese Personengruppen.

Die Abkommen dehnen den Versicherungsschutz der deutschen Krankenversicherung auf den Aufenthalt im anderen Vertragsstaat aus. Die bei einem Aufenthalt im anderen Vertragsstaat benötigten Sachleistungen werden von der dortigen Krankenversicherung im Wege der Sachleistungsaushilfe durch die dortigen Ärzte, Apotheker und sonstigen Sachleistungserbringer erbracht. Die Anwendung der diesbezüglichen Bestimmungen im deutsch-marok-

kanischen Abkommen bedarf allerdings noch einer besonderen Vereinbarung.

Auf dem Gebiet der Rentenversicherung und Unfallversicherung gelten im Wesentlichen die allgemeinen Regelungen des internationalen Rechts der Sozialen Sicherheit, Zusammenrechnung der Versicherungszeiten für den Anspruchserwerb, bei Berufskrankheiten die Zusammenrechnung der Expositionszeiten, Gleichbehandlung der Staatsangehörigen des anderen Vertragsstaates auch hinsichtlich des Leistungsexports in Drittstaaten und die Leistungserbringung in den anderen Vertragsstaat (Gebietsgleichstellung). Außerdem enthalten die Abkommen (zum Teil) Bestimmungen über die Beitragsersatzung, wenn Arbeitnehmer in ihr Heimatland zurückkehren. Bosnische, serbisch-montenegrinische und türkische Arbeitnehmer in Deutschland erhalten für ihre im Heimatland lebenden Kinder Kindergeld zu ermäßigten Sätzen (5,11 Euro für das erste Kind, 12,78 Euro für das zweite Kind, je 30,68 Euro für das dritte und vierte Kind und 35,79 Euro für jedes weitere Kind monatlich). Nach den anders gestalteten besonderen Kindergeldabkommen mit Marokko und Tunesien wird Kindergeld unter Berücksichtigung der Kindergeldgesetzgebung in diesen Staaten in Höhe von 5,11 Euro für das erste Kind und je 12,78 Euro für das zweite bis sechste in Marokko lebende, bzw. das zweite bis vierte in Tunesien lebende Kind geleistet. Hierbei werden in Deutschland lebende und zum Kindergeld berechtigte Kinder als so genannte Zählkinder mit berücksichtigt. Außerdem wird Kindergeld für die in Marokko und Tunesien lebenden Kinder nur bis zu deren vollendetem 16. Lebensjahr geleistet.

Das mit dem ehemaligen Jugoslawien geschlossene Abkommen über Arbeitslosenversicherung soll die Rückkehr der Arbeitnehmer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. aus den hieraus neu entstandenen Staaten in ihr Heimatland erleichtern. Das Abkommen sieht vor, dass unter bestimmten Voraussetzungen diese Arbeitnehmer, die im Falle von Arbeitslosigkeit in ihr Heimatland zurückkehren, für begrenzte Zeit die dortigen Leistungen wegen Arbeitslosigkeit auf Kosten der Bundesagentur für Arbeit erhalten können.

### Abkommen mit den Auswanderungsländern

39 Die sozialpolitischen Beziehungen zu den USA, Kanada und Australien sind besonders dadurch gekennzeichnet, dass es in diesen Staaten viele deutsche

Auswanderer gibt. Viele von ihnen haben, um in ihrer neuen Heimat besser Fuß zu fassen, die deutsche Staatsangehörigkeit aufgegeben und die Staatsangehörigkeit des Aufnahmelandes angenommen. Viele ehemalige Auswanderer sind aber inzwischen wieder nach Deutschland zurückgekehrt.

Alle diese Auswanderer sind daran interessiert, ihre in Deutschland erworbenen Rentenansprüche auch in ihrer neuen Heimat verwirklichen zu können, voll in das dortige Rentensystem eingegliedert zu werden und im Fall der Rückkehr ihre ausländische Rente auch in Deutschland zu erhalten.

Dieser Zielsetzung entsprechend wurden mit den USA, Kanada und Australien Abkommen geschlossen, die sich auf die Rentenversicherung beziehen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang auch die Abkommen mit Israel und Chile (hier insbesondere auch zur Förderung der Rückkehr der Flüchtlinge aus der Zeit des Pinochet-Regimes). Das Abkommen mit Israel hat eine eingeschränkte Bedeutung auch für die Krankenversicherung und Unfallversicherung. Die Bestimmungen über die Rentenversicherung entsprechen den allgemeinen Grundsätzen des internationalen Rechts. Sie sehen die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten für den Anspruchserwerb, die Gleichbehandlung der beiderseitigen Staatsangehörigen, den Leistungsexport in den anderen Vertragsstaat sowie in gleicher Weise wie bei eigenen Staatsangehörigen auch den Leistungsexport in einen Drittstaat sowie (zum Teil) eine Beitragsersatzung vor. Mit Australien laufen Verhandlungen über ein gesondertes Abkommen, durch das eine Doppelversicherung für vorübergehend von ihren Unternehmen im anderen Vertragsstaat beschäftigte Arbeitnehmer vermieden werden soll.

### Polen

40 Mit Polen war 1975 ein Abkommen über Renten- und Unfallversicherung geschlossen worden. Das Abkommen folgte nicht dem Leistungsexport-, sondern dem Eingliederungsprinzip. Die Versicherungsträger des Staates, in dem sich eine Person gewöhnlich aufhält, hatte die Rente auch für Versicherungszeiten und aus Arbeitsunfällen im anderen Vertragsstaat zu leisten. Das Abkommen trug der – später durch den deutsch-polnischen Vertrag vom 14.11.1990 bestätigten – Zugehörigkeit der früheren deutschen Ostgebiete zu Polen und den durch Vertreibung, Flucht und Aussiedlung der dortigen deutschen Bevölkerung in die Bundesrepublik Deutschland ent-

standenen Verhältnissen Rechnung. Diese Personen waren bereits durch die Fremdrentengesetzgebung in das deutsche Rentenrecht eingegliedert worden, ebenso wie die polnische Gesetzgebung die in ihrer Heimat verbliebene deutschstämmige Bevölkerung ins polnische Rentenrecht eingegliedert hatte.

Die zunehmende Entfernung von der Zeit, in der in den ehemaligen deutschen Ostgebieten noch Versicherungszeiten nach deutschen Rechtsvorschriften zurückgelegt worden waren, und die zunehmende Durchlässigkeit der deutsch-polnischen Grenze infolge des politischen Wandels in Ostmitteleuropa hatten dazu geführt, dass das Eingliederungsprinzip für die Erbringung von Renten als überholt angesehen wurde. Es leuchtete kaum mehr ein, dass deutsche Versicherungsträger verpflichtet sein sollten, Renten für Versicherungszeiten zu zahlen, für die sie keine Beiträge erhalten hatten. Auf der anderen Seite war zu erwarten, dass es künftig zu einer vermehrten Beschäftigung polnischer Arbeitnehmer in Deutschland kommen werde. Damit schien es aber vernünftig, dass deutsche Versicherungsträger – auf der Basis der Gegenseitigkeit – Renten an polnische Berechtigte für Versicherungszeiten leisten, während der sie in Deutschland gearbeitet und Beiträge zur sozialen Sicherheit gezahlt haben, und zwar auch dann, wenn sie nach Polen zurückkehren.

Dieser Entwicklung trug das am 01.10.1991 in Kraft getretene neue deutsch-polnische Abkommen über Soziale Sicherheit Rechnung. Es wurde als Leistungsexportabkommen abgeschlossen und orientierte sich bewusst an den Grundsätzen, wie sie in der Europäischen Gemeinschaft und nach anderen Abkommen der Bundesrepublik Deutschland gelten. An Stelle dieses Abkommens ist mit dem Beitritt Polens zur EU am 01.05. 2004 die EG-Verordnung 1408/71 mit dem hiernach geltenden Prinzip des Leistungsexports getreten. Die Verordnung lässt jedoch – wie bisher das bilaterale Abkommen - Ansprüche und Anwartschaften von Personen unberührt, die diese vor dem 01.01.1991 aufgrund des Abkommens von 1975 in einem Vertragsstaat erworben haben, solange die Personen weiterhin in diesem Vertragsstaat wohnen. Für diese Personen gelten die Bestimmungen des Abkommens von 1975 mit gewissen Modifikationen weiter.

### **Südtirolabkommen**

41 Das deutsch-italienische Abkommen vom 27.01. 1976 (Südtirolabkommen) regelt im sozialversi-

cherungsrechtlichen Bereich die Auswirkungen der zwischen dem Deutschen Reich und Italien im Jahre 1939 vereinbarten, jedoch nur teilweise durchgeführten Umsiedlung der Volksdeutschen und deutschen Reichsangehörigen aus dem deutsch- bzw. gemischt-sprachigen Gebiet Südtirols in das Deutsche Reich. Es soll für die Personen, die für das Deutsche Reich optiert hatten und entweder in Italien verblieben oder nach 1945 dorthin zurückgekehrt sind, die im Bereich der Sozialversicherung eingetretenen nachteiligen Folgen der Option ungeschehen machen. Hierzu wurden sie hinsichtlich ihrer optionsbedingten Lücken in ihrer italienischen Versicherungslaufbahn in das italienische Rentenrecht eingegliedert. Die den italienischen Trägern hierdurch entstehenden Mehraufwendungen wurden von der Bundesrepublik Deutschland erstattet.

### **Japan, Korea und China**

41a Die Globalisierung der nationalen Wirtschaften, auch der deutschen Wirtschaft, stellt die Abkommenspolitik der Bundesregierung vor neue Herausforderungen. So hat sich Deutschland zum Stützpunkt der japanischen Wirtschaft in Europa mit zahlreichen Banken und anderen Unternehmen und mit für lange Zeit in Deutschland beschäftigten japanischen Arbeitnehmern entwickelt. Umgekehrt hat auch die deutsche Wirtschaft mit deutschen Unternehmen und Töchtern deutscher Unternehmen in Japan Fuß gefasst. Nach langjährigen Verhandlungen konnte am 20.04.1998 ein Abkommen unterzeichnet werden, das die aus dieser Lage sich ergebenden wichtigsten Fragen regelt. Es erstreckt sich auf die Rentenversicherung und sieht die Zusammenrechnung deutscher und japanischer Versicherungszeiten für den Leistungsanspruch sowie den Rentenexport vor. Wichtig sind vor allem die Regelungen, durch die vorübergehend für ihre Unternehmen im anderen Vertragsstaat beschäftigte Mitarbeiter nur den Rechtsvorschriften eines Vertragsstaats, in der Regel des Heimatstaats, unterliegen, so dass eine doppelte Beitragslast für die Arbeitnehmer und Unternehmen vermieden wird. Damit werden Investitionen deutscher Firmen in Japan und umgekehrt japanischer Firmen in Deutschland gefördert und ein Beitrag zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen geleistet. Das Abkommen ist am 01.02.2000 in Kraft getreten.

Mit ähnlichem Ziel wie mit Japan wurde auch mit der Republik Korea ein am 10.03.2000 unterzeichnetes

Abkommen für den Bereich der Rentenversicherung ausgehandelt. Es ist am 01.01.2003 in Kraft getreten. Am 12. Juli 2001 wurde ein Abkommen mit China unterzeichnet, durch das eine Doppelversicherung für vorübergehend von ihren Unternehmen im anderen Vertragsstaat beschäftigte Arbeitnehmer ausgeschlossen werden soll. Es ist am 4. April 2002 in Kraft getreten.

### Weitere osteuropäische Staaten

42 Die DDR hatte mit den osteuropäischen Staaten Abkommen über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Sozialpolitik geschlossen, deren Zweck die Koordinierung der beiderseitigen Vorschriften über soziale Sicherheit war. Der Einigungsvertrag verpflichtete nicht, die völkerrechtlichen Verträge der DDR fortzuführen, sondern sah hierzu in Artikel 12 Konsultationen mit den Vertragspartnern vor. Die Abkommen mit Bulgarien, Rumänien, der ehemaligen Sowjetunion, der ehemaligen Tschechoslowakei und Ungarn wurden aufgrund einer Verordnung der Bundesregierung vom 03.04.1991 (BGBl. II S. 614) vorübergehend in Bezug auf das Beitrittsgebiet weiter angewandt; die Anwendung wurde nach Konsultation mit den betreffenden Staaten durch Verordnung der Bundesregierung vom 18.12.1992 (BGBl. 1992 II S. 1231) beendet (mit Übergangsregelung).

43 Im Zuge der politischen Umwälzungen Anfang der 90er Jahre und der damit verbundenen politischen Öffnung nach Osten wurden mit den meisten osteuropäischen Staaten Verhandlungen über den Abschluss von Abkommen über Soziale Sicherheit für das vereinigte Deutschland aufgenommen, um vor dem Hintergrund des wachsenden Wirtschafts- und Reiseverkehrs den sozialen Schutz der Staatsangehörigen der Vertragsstaaten sicherzustellen.

Die Abkommen wurden nach den gleichen Grundsätzen ausgestaltet, die auch in der Europäischen Gemeinschaft und in den Abkommen mit anderen westlichen Staaten gelten. Die Abkommen mit Ungarn, Tschechien und der Slowakei sind mit dem Beitritt dieser Staaten zur EU am 01.05.2004 durch die EG-Verordnung 1408/71 ersetzt worden. Ein seit dem 01.02.1999 mit Bulgarien bestehendes Abkommen erstreckt sich auf die Rentenversicherung und (für den Bereich der Renten) auf die Unfallversicherung. Es sieht den Rentenexport, die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten für den Rentenanspruch und die Zahlung von Teilrenten eines jeden Vertragsstaats entsprechend der Dauer der nach seinem Recht

zurückgelegten Versicherungszeiten vor. Inhalt ist auch der Ausschluss der Doppelversicherung von vorübergehend in den anderen Staat entsandten Arbeitnehmern, d. h. grundsätzlich Anwendung des Rechts des Herkunftsstaats. Ein gleichartiges Abkommen mit Rumänien wurde am 8. April 2005 unterzeichnet und befindet sich im Gesetzgebungsverfahren. Mit der Ukraine sind Verhandlungen im Gange, während frühere Verhandlungen mit Russland 2005 wieder aufgenommen wurden.

### Finanzielles

44 Das EG-Recht und die zwischenstaatlichen Abkommen führen zu Mehraufwendungen der Versicherungsträger der Mitgliedstaaten der EG, des EWR und der Vertragsstaaten. Die Mehraufwendungen sind jedoch sehr schwer zu erfassen und noch schwerer zu beurteilen. Die Regelungen wie bspw. die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten für den Anspruchserwerb haben Auswirkungen für die Rentenzahlungen im Inland wie auch im Ausland. Die Zahlungen ins Ausland beruhen zum Teil bereits auf innerstaatlichen Vorschriften, zum Teil werden sie durch die zwischenstaatlichen Regelungen begründet oder aufgestockt, ohne dass dies aus den vorliegenden Statistiken ersichtlich ist. Teils beruhen die Leistungen auf eigenen Beiträgen der Versicherten, teils werden sie aus allgemeinen Haushaltsmitteln finanziert. Es ist einleuchtend, dass die Erfassung der Aufwendungen ausländischer Versicherungsträger noch schwerer ist als die Erfassung der Aufwendungen der eigenen. In der öffentlichen Diskussion spielen besonders die Renten- und Kindergeldzahlungen an Ausländer eine gewisse Rolle. Hierzu ist Folgendes zu bemerken:

EG-Recht und zwischenstaatliche Abkommen dienen sowohl den Interessen deutscher wie auch ausländischer Versicherter und deren Angehöriger. Nach dem Stand vom 31.12.2004 zahlten die deutschen Versicherungsträger rd. 1,3 Mio. Renten an Berechtigte mit Wohnsitz im Ausland, die ohne EG-Recht oder zwischenstaatliche Abkommen nicht oder nicht in voller Höhe gezahlt werden könnten. Von den Berechtigten sind rd. 123.400 deutsche Staatsangehörige.

Nach EG-Recht und zwischenstaatlichen Abkommen wurden aber auch Renten an Berechtigte im Inland gezahlt, insgesamt rd. 1,2 Mio., davon 886.000 an Deutsche. Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag,

der nach deutschem innerstaatlichem Recht unter Berücksichtigung von EG-Recht oder zwischenstaatlichen Abkommen von deutschen Trägern an Ausländer gezahlt wird, beträgt bei Zahlungen im Inland rd. 590 Euro/monatlich (bei Deutschen rd. 715 Euro/monatlich) und bei Zahlungen ins Ausland 230 Euro/monatlich (bei Deutschen 396 Euro/monatlich). Wegen näherer Einzelheiten siehe „VDR Statistik Rentenbestand“ am 31.12.2004, Bd. 152 (Herausgeber: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger).

Was die Zahlung von Kindergeld anbelangt, so zeigt sich, dass die Zahlung von Kindergeld an Ausländer für ihre im Ausland lebenden Kinder aufgrund zwischen- oder überstaatlichen Rechts im Vergleich zur Zahlung von Kindergeld für Kinder im Inland aufgrund allein deutschen Rechts nur noch eine geringe Rolle spielt. Ende 2004 standen ausländischen Berechtigten mit über 1,9 Mio. Kindern im Inland ausländische Berechtigte mit knapp 68.300 Kindern im Ausland, davon rd. 59.600 in anderen Staaten der Europäischen Union, gegenüber. Dementsprechend ist auch die Summe des Kindergeldes für Kinder im Ausland verhältnismäßig gering, zumal für Kinder in der Türkei, im ehemaligen Jugoslawien, in Marokko und Tunesien nur ein gekürztes Kindergeld zu zahlen ist.

Die Zahl wie auch die Höhe der Leistungen ausländischer Träger an Berechtigte in Deutschland ist niedriger. Im Einzelnen sind die Verhältnisse jedoch sehr unterschiedlich. So sind z. B. im Verhältnis zur Schweiz die beiderseitigen Leistungen ausgeglichen, was darauf zurückzuführen ist, dass in der Schweiz mehr deutsche Arbeitnehmer erwerbstätig sind als umgekehrt schweizerische Arbeitnehmer in Deutschland.

In den Fällen, in denen Deutschland hohe Leistungen an Ausländer erbringt, muss berücksichtigt werden, dass den Leistungen auch beträchtliche Beitrags- und Steuereinnahmen gegenüber stehen. Die deutsche Rentenversicherung hat in den Anfangsjahren der Ausländerbeschäftigung praktisch nur Beitragseinnahmen von den in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigten Ausländern erzielt, aber an diese kaum Leistungen erbracht. Aber immer noch überwiegen die Beitragsleistungen der ausländischen Arbeitnehmer die Rentenleistungen an Ausländer. Auch wenn man berücksichtigt, dass durch die hohen Beitragszahlungen auch Rentenanwartschaften aufgebaut

werden, die in späteren Perioden eingelöst werden müssen, und dass die Rentenversicherung nicht nur Renten, sondern auch andere Leistungen erbringt, leisten damit die in Deutschland beschäftigten Ausländer einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Finanzierung der Rentenversicherung.

Letztlich sind die finanziellen Auswirkungen der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in Deutschland und deutscher Arbeitnehmer im Ausland, mögen sie im konkreten Fall zu einer überwiegenden Belastung deutscher oder ausländischer Versicherungsträger führen, jedoch nur eine Folge der zunehmenden Verflechtung Deutschlands mit den anderen Staaten Europas sowie mit außereuropäischen Staaten. Diese Verflechtung hat sich für Deutschland bisher vorteilhaft ausgewirkt und es ist damit zu rechnen, dass es aus ihr auch künftig Nutzen ziehen wird.

## Durchführung des EG-Rechts und der zwischenstaatlichen Abkommen

45 Die EWG-Verordnung 1408/71 und 574/72 sowie die zwischenstaatlichen Abkommen werden durch die Versicherungsträger der Mitgliedstaaten der EG, des EWR und der Vertragsstaaten durchgeführt. Darüber hinaus sind sowohl im EG-Recht wie auch in den Abkommen bestimmte Versicherungsträger zu Verbindungsstellen bestimmt worden, denen die Zusammenarbeit mit den Verbindungsstellen der anderen Mitgliedstaaten sowie der Vertragsstaaten bei der Verwirklichung der Ansprüche der Berechtigten obliegt. Die Verbindungsstellen (und – im EG/EWR-Bereich – die EG-Kommission) entwickeln auch Vordrucke und Merkblätter, die notwendig sind, um Leistungen unter Anwendung der EG/EWR-Rechtsvorschriften und der zwischenstaatlichen Abkommen in Anspruch nehmen zu können. Sie erteilen Auskünfte über das EG/EWR- und das zwischenstaatliche Recht.

## Beratung der Versicherten und der Berechtigten

46 Versicherte eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung wenden sich zweckmäßigerweise an ihre Krankenkasse. Die Krankenkasse wird sie beraten und mit den einschlägigen Merkblättern und erforderlichen Dokumenten ausstatten. Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung wenden sich am



## Regionalträger der Rentenversicherung als Verbindungsstellen und zuständige Träger

Regionalträger	für
DRV Schwaben, Augsburg	Italien, Malta, Marokko, Tunesien
DRV Oberfranken und Mittelfranken, Bayreuth	Türkei
DRV Berlin	Polen (zuständiger Träger für Abkommen von 1975: Regionalträger des Wohnsitzes)
DRV Braunschweig-Hannover, Braunschweig	Japan, Republik Korea
DRV Rheinland, Düsseldorf	Belgien, Chile, Israel, Spanien, Rheinschifferabkommen
DRV Mitteldeutschland, Standort Erfurt	Ungarn
DRV Mitteldeutschland, Standort Halle	Bulgarien
DRV Nord, Standort Hamburg	Großbritannien, Irland, Kanada/Quebec, USA
DRV Nord, Sitz Lübeck	Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden
DRV Nord, Standort Neubrandenburg	Estland, Lettland, Litauen
DRV Baden-Württemberg, Karlsruhe	Liechtenstein, Schweiz
DRV Baden-Württemberg, Stuttgart	Griechenland, Zypern
DRV Niederbayern-Oberpfalz, Landshut	Bosnien-Herzegowina, Serbien und Montenegro, Kroatien, Mazedonien, Slowakei, Slowenien, Tschechien
DRV Oberbayern, München	Österreich
DRV Westfalen, Münster	Island, Niederlande
DRV Rheinland-Pfalz, Speyer	Frankreich, Luxemburg
DRV Unterfranken, Würzburg	Portugal
DRV Oldenburg-Bremen, Oldenburg	Australien

besten an die zuständige Verbindungsstelle. Diese ist auch zuständiger Träger zur Feststellung der Rente bei Anwendung des EG-Rechts und der Abkommen.

In der Unfallversicherung wenden sich Versicherte am besten an ihre Berufsgenossenschaft.

Für die Beratung in Fragen der Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenhilfe sowie des Kindergelds sind die Agenturen für Arbeit zuständig.

### Verbindungsstellen und zuständige Träger für die Durchführung der Verordnungen der Europäischen Gemeinschaft und der Abkommen über Soziale Sicherheit

47 Verbindungsstellen

Krankenversicherung	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), Bonn
Unfallversicherung	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften in St. Augustin bei Bonn, der bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von mehreren Berufsgenossenschaften unterstützt wird.

Gesetzliche Rentenversicherung  
Regionalträger der Rentenversicherung (siehe Liste)<sup>1)</sup>  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin<sup>2)</sup>  
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bochum<sup>3)</sup>

Aufgrund einer Neuorganisation der gesetzlichen Rentenversicherung werden Neuversicherte ab 01.01.2005 einem Rentenversicherungsträger zugeordnet und erhalten hierüber eine Mitteilung. Für bereits am 31.12.2004 Versicherte bleibt grundsätzlich der bisherige Rentenversicherungsträger zuständig.

Arbeitslosenversicherung Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg

Kindergeld Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg als Familienkasse

### Zuständige Träger

Zuständiger Träger für die Feststellung von Leistungsansprüchen sind die Bundesagentur für Arbeit für ihren Bereich, die Verbindungsstellen der Rentenversicherung für die Feststellung von Rentenansprüchen in Bezug auf alle EG/EWR-Mitgliedstaaten und Abkommensstaaten. In der Kranken- bzw. Unfallversicherung ist zuständiger Träger die Krankenkasse bzw. der Unfallversicherungsträger des Berechtigten.

- 1) Bis 30.09.2005 Bezeichnung „Landesversicherungsanstalt“ als Träger der Rentenversicherung der Arbeiter. Die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten entfällt ab 01.01.2005
- 2) Bis 30.09.2005 „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“. Die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten entfällt ab 01.01.2005
- 3) Bis 30.09.2005 Bundesknappschaft, Bundesbahnversicherungsanstalt, Seekasse



Sachleistungsaushilfe der Krankenversicherung für ausländische Versicherte bei Erkrankung in Deutschland erbringt eine vom Berechtigten zu wählende Krankenkasse, in der Unfallversicherung der bei Anwendung deutschen Rechts zuständige Träger.

## Rechtliche Grundlagen

Es werden nur die wichtigsten Rechtsgrundlagen aufgeführt (siehe ferner Bundesarbeitsblatt 2/2004 S. 11).

### Mehrseitige Rechtsgrundlagen

#### Internationale Arbeitsorganisation

48 Übereinkommen Nr. 2 über Arbeitslosigkeit von 1919 (RGBl. 1925 II S. 162); in Kraft seit 06.06.1925.

Übereinkommen Nr. 19 über die Gleichbehandlung einheimischer und ausländischer Arbeitnehmer bei Entschädigung aus Anlass von Betriebsunfällen vom 05.06.1925 (RGBl. 1928 II S. 509); in Kraft seit 18.09.1928.

Übereinkommen Nr. 102 über Mindestnormen der Sozialen Sicherheit vom 28.06.1952 (BGBl. 1957 II S. 1321); in Kraft seit 21.02.1959.

Übereinkommen Nr. 118 über die Gleichbehandlung von Inländern und Ausländern in der Sozialen Sicherheit vom 28.06.1962 (BGBl. 1970 II S. 802); in Kraft seit 18.06.1971.

Übereinkommen Nr. 121 über Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten vom 08.07.1964 (BGBl. 1971 II S. 1169); in Kraft seit 01.03.1973.

Übereinkommen Nr. 128 über Leistungen bei Invalidität und Alter und an Hinterbliebene vom 29.06.1967 (BGBl. 1970 II S. 813); in Kraft seit 15.01.1972.

Übereinkommen Nr. 130 über ärztliche Betreuung und Krankengeld vom 25.06.1969 (BGBl. 1974 II S. 705); in Kraft seit 08.08.1975.

#### Vereinte Nationen

49 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966 (BGBl. 1973 II S. 1569); in Kraft seit 03.01.1976.

#### Europarat

50 (Zwei) Vorläufige Europäische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 11.12.1953 (BGBl. 1956 II

S. 507); in Kraft seit 01.09.1956. Die Anhänge I, II und III gelten in der Bundesrepublik Deutschland in der revidierten Fassung vom 15.05.1983 (BGBl. 1985 II S. 311, 333).

Europäische Sozialcharta vom 18.10.1961 (BGBl. 1964 II S. 1261); in Kraft seit 26.02.1965.

Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16.04.1964 und Protokoll zur Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit (BGBl. 1970 II S. 909); in Kraft seit 28.01.1972.

#### Gemeinschaftsrechtliche Regelungen (EG/EWR)

51 Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates vom 15.10.1968 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft; in Kraft seit 08.11.1968.

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer, Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; in Kraft seit 01.10.1972.

Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21.03.1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, in Kraft seit 01.10.1972.

Die Verordnungen 1408/71 und Nr. 574/72 wurden durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates vom 02.12.1996 (ABl. EG L 28 vom 30.1.1997) in der damals geltenden Fassung neu bekannt gemacht und zuletzt durch die Verordnung (EG) Nr. 631/2004 vom 31.03.2004 (ABl. EG L 100 vom 6.4.2004, S. 1), durch Artikel 20 i. V. mit Anhang II Nr. 2 der Akte über die Bedingungen des Beitritts (der 10 neuen Mitgliedstaaten zur EU am 01.05.2004), (ABl. EU L 236 vom 23.09.2003, S. 33, 179) und durch die Verordnung (EG) Nr. 647/2005 vom 13.04.2005 (ABl. L 117 vom 4.5.2005) geändert.

Die Verordnungen gelten im Verhältnis zu Island, Liechtenstein und Norwegen in Verbindung mit dem Abkommen über den EWR i. d. F. des Anpassungsprotokolls (ABl. EG 1994 Nr. L 1 – BGBl. 1993 II S. 267, 1295, in Kraft seit 01.01.1994, für Liechtenstein (BGBl. 1994 II S. 515) in Kraft seit 01.05.1995.

Verordnung (EG) Nr. 859/2003 vom 14.05.2003 zur Ausdehnung der Bestimmungen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 auf Drittstaatsangehörige, die ausschließlich aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit nicht bereits unter

diese Bestimmungen fallen (ABl. EG 2003 Nr. L 124/1); in Kraft seit 01.06.2003.

Die Verordnungen gelten im Verhältnis zur Schweiz aufgrund des Abkommens zwischen der EG und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21.06.1999 (BGBl. 2001 II S. 810 - Anhang II); in Kraft ab 01.06.2002.

### **Innerstaatliche Rechtsvorschriften zur Durchführung von EG-Recht**

52 Gesetz über die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen im Rahmen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21.03.1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vom 17.05.1974 (BGBl. I S. 1177).

### **Sonstige mehrseitige Abkommen**

53 Belgien, Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Schweiz:

Übereinkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer vom 30.11.1979 (BGBl. 1983 II S. 593); in Kraft seit 01.12.1987.

### **Bundesrepublik Deutschland, Liechtenstein, Österreich, Schweiz**

Übereinkommen im Bereich der Sozialen Sicherheit vom 09.12.1977 (BGBl. 1980 II S. 796) i. d. F. des Zusatzübereinkommens vom 8.10.1982 (BGBl. 1983 II S. 562); in Kraft seit 12.12.1983.

### **Zweiseitige Verträge**

#### **54 Australien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 13.12.2000 (BGBl. 2002 II S. 2306); in Kraft seit 01.01.2003.

#### **Bulgarien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 17. Dezember 1997 (BGBl. 1998 II S. 2011), in Kraft seit 01.02.1999.

#### **Chile**

Abkommen über Rentenversicherung vom 05.03.1993 (BGBl. 1993 II S. 1225), in Kraft seit 01.01.1994.

#### **China**

Abkommen über Sozialversicherung vom 12. Juli 2001; in Kraft seit 04.04.2002.

#### **Israel**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 17.12.1973 (BGBl. 1975 II S. 245), zuletzt geändert durch das Zusatzabkommen vom 12.02.1995 (BGBl. 1996 II S. 298), in Kraft seit 01.06.1996;

#### **Japan**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 20.04.1998 (BGBl.1999 II S. 874), in Kraft seit 01.02.2000;

### **Jugoslawien, ehemaliges**

im Verhältnis zu

– Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Slowenien und Mazedonien Fortgeltung gemäß Bekanntmachung BGBl. 1992 II S. 1196, 1146; 1993 II S. 1261; 1994 II S. 326;

– Serbien und Montenegro (ehemals Bundesrepublik Jugoslawien) unmittelbare Weiteranwendung gemäß Bekanntmachung BGBl. 1997 II S. 961:

Vertrag vom 10.03.1956 über die Regelung gewisser Forderungen aus der Sozialversicherung (BGBl. 1958 II S. 168); in Kraft seit 29.11.1958. Bosnien-Herzegowina sowie Serbien und Montenegro: siehe oben. Auch für Kroatien, Mazedonien, Slowenien (siehe dort) weiterhin anwendbar aufgrund der neuen Abkommen. Slowenien: ab 01.05.2004 EG-Verordnung 1408/71.

Abkommen über Arbeitslosenversicherung vom 12.10.1968 (BGBl. 1969 II S. 1473); in Kraft seit 01.11.1969. Für Slowenien (siehe dort) abgelöst durch EG-Verordnung 1408/71.

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 12.10.1968 (BGBl. 1969 II S. 1437) i. d. F. des Änderungsabkommens vom 30.09.1974 (BGBl. 1975 II S. 389); in Kraft seit 14.05.1975 mit Wirkung vom 01.01.1975. Bosnien-Herzegowina sowie Serbien und Montenegro: siehe oben. Für Kroatien, Mazedonien, Slowenien (siehe dort) abgelöst durch die neuen Abkommen. Slowenien: ab 01.05.2004 EG-Verordnung 1408/71.

#### **Kanada**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 14.11.1985 (BGBl. 1988 II S. 26); in Kraft seit 01.04.1988. Ge-

ändert und ergänzt durch Zusatzabkommen vom 27. August 2002 (BGBl. 2003 II S. 678); in Kraft seit 01.12.2003.

Vereinbarung zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung von Quebec über Soziale Sicherheit vom 14.05.1987 (BGBl. 1988 II S. 26,51)

### **Korea**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 10.03.2000 (BGBl. 2001 II S. 914); in Kraft seit 01.01.2003.

### **Kroatien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 24.11.1997 (BGBl. 1998 II S. 2032), in Kraft seit 01.12.1998.

### **Mazedonien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 08.07.2003 (BGBl. 2004 II S. 1066); in Kraft seit 01.01.2005.

### **Marokko**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 25.03.1981 (BGBl. 1986 II S. 550); in Kraft seit 01.08.1986.  
Abkommen über Kindergeld vom 25.03.1981 (BGBl. 1995 II S. 634) i. d. F. des Zusatzabkommens vom 22.11.1991 (BGBl. 1995 II S. 634, in Kraft seit 01.09.1996).

### **Polen**

Abkommen über Renten- und Unfallversicherung vom 09.10.1975 (BGBl. 1976 II S. 393); in Kraft am 01.05.1976. Abkommen über Soziale Sicherheit vom 08.12.1990 (BGBl. 1991 II S. 741); in Kraft am 01.10.1991. Seit 01.05.2004 ersetzt durch EG-Verordnung 1408/71. S. ferner Abschnitt 40

### **Rumänien**

Abkommen über Sozialversicherung vom 29.6.1973 (BGBl. 1974 II S. 697) i. d. F. des Zusatzabkommens vom 08.07.1976 (BGBl. 1977 II S. 661); in Kraft seit 11.10.1977 mit Wirkung vom 01.10.1974, außer Kraft seit 01.01.1996 (BGBl. 1996 II S. 340).

### **Schweiz**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 25.02.1964 (BGBl. 1965 II S. 1293), zuletzt geändert durch das

2. Zusatzabkommen vom 02.03.1989 (BGBl. 1989 II S. 899); in Kraft seit 01.04.1990. Abkommen über Arbeitslosenversicherung vom 20.10.1982 (BGBl. 1983 II S. 578) i. d. F. des Zusatzabkommens vom 22.12.1992 (BGBl. 1994 II S. 430); in Kraft seit 01.08.1994. Abgelöst seit 01.06.2002 durch das Freizügigkeitsabkommen Schweiz - EG (siehe Abschnitt 51).

### **Slowakei**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 12.09.2002 (BGBl. 2003 II S. 666); in Kraft seit 01.12.2003. Seit 01.05.2004 ersetzt durch EG-Verordnung 1408/71.

### **Slowenien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 24.09.1997 (BGBl. 1998 II S. 1987), in Kraft 01.09.1999. Seit 01.05.2004 ersetzt durch EG-Verordnung 1408/71.

### **Tschechien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 27.07.2001 (BGBl. 2002 II S. 1126); in Kraft seit 01.09.2002. Seit 01.05.2004 ersetzt durch EG-Verordnung 1408/71.

### **Türkei**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 30.04.1964 (BGBl. 1965 II S. 1169), zuletzt geändert durch das Zusatzabkommen vom 02.11.1984 (BGBl. 1986 II S. 1038); in Kraft seit 01.04.1987.

### **Tunesien**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 16.04.1984 (BGBl. 1986 II S. 582); in Kraft seit 01.01.1978. Abkommen über Kindergeld vom 20.09.1991 (BGBl. 1995 II S. 641), in Kraft seit 01.08.1996.

### **Ungarn**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 02.05.1998 (BGBl. 1999 II S. 900), in Kraft seit 01.05.2000. Seit 01.05.2004 ersetzt durch EG-Verordnung 1408/71.

### **Vereinigte Staaten von Amerika**

Abkommen über Soziale Sicherheit vom 07.01.1976 (BGBl. 1976 II S. 1357); i. d. F. des zweiten Zusatzabkommens vom 06.03.1995 (BGBl. 1996 II S. 301); in Kraft seit 01.05.1996.



## Allgemeine Hinweise

1 Wird jemand durch Verwaltungshandeln in seinen Rechten verletzt, so steht ihm grundsätzlich der Rechtsweg zu den Gerichten offen. Bei Streitigkeiten über Ansprüche auf gesetzliche Sozialleistungen (etwa auf Rente aus der Rentenversicherung oder aus der Unfallversicherung, auf Arbeitslosengeld, auf Leistungen aus der Pflegeversicherung usw.) ist im Allgemeinen der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Die Sozialgerichtsbarkeit wurde im Jahre 1954 errichtet und besteht seitdem als selbständige und gleichgeordnete Gerichtsbarkeit neben der ordentlichen Gerichtsbarkeit (Zivil- und Strafgerichte), der allgemeinen Verwaltungsgerichtsbarkeit, der Finanzgerichtsbarkeit und der Arbeitsgerichtsbarkeit. Es sind allerdings Bestrebungen im Gange, einen Teil dieser Gerichtsbarkeiten zumindest auf Länderebene zusammenzulegen; das Ergebnis dieses Prozesses bleibt abzuwarten.

2 Rechtsstreitigkeiten über Leistungsansprüche der Versicherten wurden früher zunächst von Schiedsämtern und danach von Versicherungsämtern sowie dem Reichsversicherungsamt als oberste Instanz entschieden. Diese nahmen neben der Spruchfähigkeit auch Verwaltungsaufgaben wahr. Nach 1945 nahmen die Versicherungs- und Oberversicherungsämter ihre rechtsprechende Tätigkeit wieder auf. Dies gilt jedoch nicht für das Reichsversicherungsamt. Der in Artikel 20 des Grundgesetzes verankerte Grundsatz der Dreiteilung der Gewalten im Staat in eine gesetzgebende, ausführende und rechtsprechende Gewalt führte dann zur Errichtung der Sozialgerichtsbarkeit durch das Sozialgerichtsgesetz (SGG) vom 03.09.1953. Die durch dieses Gesetz zum 01.01.1954 geschaffenen Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit (örtliche Sozialgerichte, Landessozialgerichte sowie das Bundessozialgericht) sind unabhängige, von den Verwaltungsbehörden getrennte, besondere Verwal-

tungsgerichte. Sie dienen vornehmlich dem Schutz der sozialen Rechte des Bürgers sowie der Kontrolle der Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns und ggf. seiner Korrektur im Einzelfall. Das Sozialgerichtsgesetz wurde zuletzt wesentlich geändert durch die Einführung von Gerichtskosten für bestimmte Streitigkeiten und die Verbesserung des einstweiligen Rechtsschutzes zum 02.01.2002 sowie die Erweiterung der Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), die Sozialhilfe (SGB XII) und das Asylbewerberleistungsgesetz zum 01.01.2005.

## Aufbau und Besetzung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit

3 Die Sozialgerichtsbarkeit ist dreistufig aufgebaut:

4 In der ersten Instanz entscheiden die Sozialgerichte über alle Streitigkeiten, für die der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit offen steht. Bei den Sozialgerichten werden nach Bedarf in entsprechender Anzahl Kammern gebildet für Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Arbeitsförderung einschließlich der übrigen Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit, für Angelegenheiten der Grundsicherung für Arbeitsuchende, für Angelegenheiten der Sozialhilfe und des Asylbewerberleistungsgesetzes, für Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts (bei Gesundheitsschäden) und des Schwerbehindertenrechts sowie Angelegenheiten des Vertragsarztrechts. Bei Bedarf sind für Angelegenheiten der Knappschaftsversicherung einschließlich der Unfallversicherung für den Bergbau eigene Kammern zu bilden.

Jede Kammer eines Sozialgerichts wird in der Besetzung mit einem Berufsrichter als Vorsitzendem und zwei ehrenamtlichen Richtern als Beisitzer tätig. Diese Besetzung gilt allerdings nur für die Entschei-

dung durch Urteil und für die in der mündlichen Verhandlung erforderlich werdenden Beschlüsse. Beschlüsse, die ohne mündliche Verhandlung ergehen, hat ebenso wie Gerichtsbescheide der Vorsitzende allein zu treffen.

5 Das Landessozialgericht, in der Regel in jedem Bundesland eines, hat über Berufungen gegen Urteile und Gerichtsbescheide sowie über Beschwerden gegen Beschlüsse der Sozialgerichte zu befinden. Ähnlich wie bei den Sozialgerichten mit den Fachkammern (Rdnr. 4) bestehen beim Landessozialgericht Fachsenate mit einer entsprechenden Gliederung nach Sachgebieten. Das Landessozialgericht hat keine erstinstanzliche Zuständigkeit; es ist zweite und letzte Tatsacheninstanz. Jeder Senat entscheidet mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern. Bei Entscheidungen außerhalb der mündlichen Verhandlung wirken die ehrenamtlichen Richter nicht mit. Auf Anordnung der Landesregierung können außerhalb des Sitzes des Landessozialgerichts Zweigstellen errichtet werden, so geschehen in Bayern durch die Errichtung der Zweigstelle Schweinfurt des Bayerischen Landessozialgerichts. Niedersachsen und Bremen haben das gemeinsame Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen mit Sitz in Celle und eine Zweigstelle in Bremen errichtet. Berlin und Brandenburg haben ein gemeinsames Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Sitz in Potsdam gebildet.

6 Das Bundessozialgericht mit Sitz in Kassel entscheidet über das Rechtsmittel der Revision gegen Urteile und ihnen gleichgestellte Beschlüsse des Landessozialgerichts sowie über die Beschwerden gegen die Nichtzulassung der Revision in diesen Entscheidungen des Landessozialgerichts. Die, wie bei den Landessozialgerichten, nach Sachgebieten gegliederte Senate entscheiden in Sitzungen gleichfalls in der Besetzung mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern. Ebenso wie bei den anderen obersten Gerichtshöfen des Bundes besteht beim Bundessozialgericht ein Großer Senat. Dieser setzt sich zusammen aus dem Präsidenten des Bundessozialgerichts, je einem Berufsrichter der Senate, in denen der Präsident nicht den Vorsitz führt, und insgesamt sechs ehrenamtlichen Richtern. Der Große Senat entscheidet auf Anrufung eines Senats des Bundessozialgerichts, wenn dieser von einer Entscheidung eines anderen Senats oder einer solchen des Großen Senats abweichen will, sowie in Fragen von grundsätzlicher

Bedeutung, wenn nach Auffassung des anrufenden Senats die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine solche Entscheidung erfordern.

## Übersicht über die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit

Bundessozialgericht	in 34119 Kassel, Graf-Bernadotte-Platz 5
LSG Baden-Württemberg	in 70190 Stuttgart, Hauffstr. 5
SG Freiburg	
SG Heilbronn	
SG Karlsruhe	
SG Konstanz	
SG Mannheim	
SG Reutlingen	
SG Stuttgart	
SG Ulm	
Bayerisches LSG	in 80539 München, Ludwigstr. 15 mit Zweigstelle in Schweinfurt
SG Augsburg	
SG Bayreuth	
SG Landshut	
SG München	
SG Nürnberg	
SG Regensburg	
SG Würzburg	
LSG Berlin-Brandenburg	in 14482 Potsdam, Försterweg 2-6
SG Berlin	
SG Cottbus	
SG Frankfurt/Oder	
SG Neuruppin	
SG Potsdam	
LSG Hamburg	in 22297 Hamburg, Kapstadtring 1
SG Hamburg	
Hessisches LSG	in 64293 Darmstadt, Steubenplatz 14
SG Darmstadt	
SG Frankfurt	
SG Fulda	
SG Gießen	
SG Kassel	
SG Marburg	
SG Wiesbaden	



LSG Mecklenburg-Vorpommern  
in 17033 Neubrandenburg,  
Gerichtsstr. 10

SG Neubrandenburg  
SG Rostock  
SG Schwerin  
SG Stralsund

LSG Niedersachsen-Bremen in 29223 Celle,  
Georg-Wilhelm-Str. 1  
mit Zweigstelle in Bremen

SG Aurich  
SG Braunschweig  
SG Bremen  
SG Hannover  
SG Hildesheim  
SG Lüneburg  
SG Oldenburg  
SG Osnabrück  
SG Stade

LSG Nordrhein-Westfalen in 45130 Essen,  
Zweigertstr. 54

SG Aachen  
SG Detmold  
SG Dortmund  
SG Düsseldorf  
SG Duisburg  
SG Gelsenkirchen  
SG Köln  
SG Münster

LSG Rheinland-Pfalz in 55116 Mainz,  
Ernst-Ludwig-Str. 1

SG Koblenz  
SG Mainz  
SG Speyer  
SG Trier

LSG für das Saarland in 66111 Saarbrücken,  
Egon-Reinert-Str. 4-6

SG für das Saarland

Sächsisches LSG in 09120 Chemnitz,  
Parkstr. 28

SG Chemnitz  
SG Dresden  
SG Leipzig

LSG Sachsen-Anhalt in 06112 Halle-Neustadt,  
Thüringer Str. 16

SG Dessau  
SG Halle  
SG Magdeburg  
SG Stendal

LSG Schleswig-Holstein in 24837 Schleswig,  
Gottorfstr. 2

SG Itzehoe  
SG Kiel  
SG Lübeck  
SG Schleswig

Thüringisches LSG in 99092 Erfurt,  
Rudolfstr. 46

SG Altenburg  
SG Gotha  
SG Nordhausen  
SG Suhl

## Richteramt

7 Die Berufsrichter müssen die Befähigung zum Richteramt nach den für alle Richter geltenden allgemeinen Vorschriften haben. Die Richter an den Sozial- und Landessozialgerichten werden nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts ernannt. Die Berufsrichter des Bundessozialgerichts werden vom Bundesminister für Arbeit und Soziales gemeinsam mit einem Richterwahlausschuss, der aus den für das Sachgebiet zuständigen Länderministern und einer gleichen Anzahl von Mitgliedern des Deutschen Bundestages besteht, berufen und vom Bundespräsidenten ernannt. Die besondere Rechtsnatur des Richterdienstverhältnisses wird durch die verfassungsrechtlich garantierte Unabhängigkeit des Richters und seine Bindung an Gesetz und Recht geprägt.

8 In jeder Instanz wirken bei Entscheidungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung neben den Berufsrichtern ehrenamtliche Richter mit, die für die Dauer von 5 Jahren berufen werden. Eine erneute Berufung ist möglich und auch üblich. Die Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter an der Rechtsfindung soll die Verbindung zwischen Rechtsprechung und sozialer Wirklichkeit fördern. Die ehrenamtlichen Richter üben ihr Amt mit denselben Rechten und Pflichten wie die Berufsrichter aus. Sie sind sachlich unabhängig und von Weisungen frei. Bei der Abstimmung haben sie dasselbe Stimmrecht wie die Berufsrichter. Bei den Sozial- und Landessozialgerichten erfolgt ihre Berufung durch die Landesregierung oder die von ihr beauftragte Stelle und beim Bundessozialgericht durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf Grund von Vorschlagslisten. Die Vorschlagslisten werden insbesondere von den Gewerkschaften, von anderen selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung, von Vereinigungen von Arbeitgebern,

Verbänden der Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesversorgungsämtern sowie den Kreisen und kreisfreien Städten aufgestellt.

### **Aufgaben der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit**

9 Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden nach § 51 Sozialgerichtsgesetz über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten

- in Angelegenheiten der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) einschließlich der Alterssicherung der Landwirte,
- in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung (SGB XI), auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden,
- in Angelegenheiten der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) mit Ausnahme der Streitigkeiten aufgrund der Überwachung der Maßnahmen zur Prävention durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- in Angelegenheiten der Arbeitsförderung einschließlich der übrigen Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit (z. B. Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, Arbeitslosenhilfe, Förderungsmaßnahmen nach dem SGB III),
- in Angelegenheiten der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II),
- in sonstigen Angelegenheiten der Sozialversicherung (damit sind alle sonstigen öffentlich-rechtlichen Streitigkeiten erfasst, die nicht einzelnen Versicherungszweigen zugeordnet werden können, z. B. Streitigkeiten aus den gemeinsamen Vorschriften des SGB I, IV oder X - etwa in Selbstverwaltungsangelegenheiten - oder aus dem Künstlersozialversicherungsgesetz),
- in Angelegenheiten der Sozialhilfe (SGB XII) und des Asylbewerberleistungsgesetzes,
- in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts mit Ausnahme der Kriegsofopferfürsorge (die ausdrücklich der Verwaltungsgerichtsbarkeit zugewiesen ist); dies umfasst insbesondere Streitigkeiten aus der Kriegsofopfer- und Soldatenversorgung, aus dem Zivildienstgesetz hinsichtlich des Anspruchs auf Beschädigtenversorgung, aus dem Häftlingshilfegesetz, dem Opferentschä-

digungsgesetz, dem Infektionsschutzgesetz bei Impfschäden sowie Streitigkeiten aus Artikel 1 des Ersten bzw. des Zweiten SED-Unrechtsbereinigungsgesetzes,

- bei der Feststellung von Behinderungen und ihrem Grad (GdB genannt) sowie weiterer gesundheitlicher Merkmale, ferner bei der Ausstellung, Verlängerung, Berichtigung und Einziehung von Schwerbehindertenausweisen nach dem SGB IX,
- die aufgrund des Aufwendungsausgleichsgesetzes (früher: Lohnfortzahlungsgesetz) entstehen (nicht hierunter fallen z. B. Ansprüche des Arbeitnehmers auf Lohnfortzahlung nach dem Lohnfortzahlungsgesetz, weil es sich dabei nicht um eine öffentlich-rechtliche Angelegenheit handelt; über diese Streitigkeiten entscheiden die Arbeitsgerichte),
- für die durch Gesetz der Rechtsweg vor diesen Gerichten ausdrücklich eröffnet wird; das sind insbesondere öffentlich-rechtliche Streitigkeiten nach dem Bundeskindergeldgesetz und dem Bundeserziehungsgeldgesetz.

Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über privatrechtliche Streitigkeiten

- in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden, und im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung, insbesondere über Streitigkeiten zwischen den bei privaten Pflegeversicherungsunternehmen Pflichtversicherten und diesen Unternehmen. Obwohl es sich um einen privatrechtlichen Versicherungsvertrag zwischen dem Unternehmen der privaten Pflegeversicherung und dem Versicherungsnehmer handelt, sind die Sozialgerichte im Rahmen der privaten Pflegeversicherung zuständig. Dadurch können die Versicherten bei Rechtsstreitigkeiten mit ihren Versicherungsunternehmen den gleichen Rechtsschutz erlangen wie Versicherte in der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung, ohne z. B. durch das Kostenrisiko von einer Klageerhebung vor dem Zivilgericht abgehalten zu werden.

Streitigkeiten in Angelegenheiten der Kriegsofopferfürsorge gehören vor die allgemeinen Verwaltungsgerichte. Diese sind auch für Streitigkeiten aus dem Lastenausgleich, dem Zivildienst, dem Bundesaus-

bildungsförderungsgesetz (BAföG) und für einige Versorgungswerke der freien Berufe zuständig. Für Streitigkeiten über Sozialhilfe sind seit dem 01.01.2005 die Sozialgerichte zuständig, soweit dies nicht ausnahmsweise, wie in Bremen, durch Landesgesetz auf besondere Spruchkörper der Verwaltungs- und Oberverwaltungsgerichte übertragen wurde.

## Das Verfahren vor den Sozialgerichten

### Klageerhebung

*10* Der Rechtsschutz in der Sozialgerichtsbarkeit wird auf Klage gewährt. Das Gericht leitet das Verfahren nur auf Antrag des Betroffenen ein. Die Klage ist beim örtlich zuständigen Sozialgericht schriftlich zu erheben. Welches Sozialgericht das ist, muss in der jedem anfechtbaren Bescheid beigelegten Rechtsmittelbelehrung angegeben sein. Die Klage kann aber auch durch Erklärung zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle, der bei jedem Sozialgericht während der allgemeinen Dienststunden zur Verfügung steht, erhoben werden. Er hat den Antragsteller hinsichtlich der Fassung seines Klageantrags und des Mindestinhalts einer Klage zu beraten.

Durch die Erhebung der Klage wird die Streitsache rechtshängig. Das hat zur Folge, dass derselbe Streitgegenstand nicht noch einmal bei demselben oder vor allem bei einem anderen Sozialgericht anhängig gemacht werden darf.

### Zulässigkeit der Klage

*11* Es wird zwischen der Zulässigkeit und der Begründetheit einer Klage unterschieden. Bevor sich das Gericht mit der Begründetheit einer Klage (z. B. ob dem Kläger die vom Versicherungsträger abgelehnte Rente zusteht) auseinandersetzt, muss es von Amts wegen die Zulässigkeitsvoraussetzungen der Klage zu prüfen, insbesondere seine sachliche und örtliche Zuständigkeit, die Durchführung eines Vorverfahrens in den gesetzlich dafür vorgesehenen Fällen, die Ordnungsmäßigkeit der Klageerhebung (Form und Frist), die Beteiligten- und die Prozessfähigkeit. Ist bspw. eine Klage nicht fristgerecht (binnen eines Monats nach Bekanntgabe des angefochtenen Bescheides) erhoben, so muss das Gericht die Klage als unzulässig abweisen. Ob der angefochtene Bescheid in der Sache zu Recht ergangen ist,

kann und darf das Gericht nicht mehr überprüfen. Es erörtert in den Entscheidungsgründen lediglich die Versäumung der Klagefrist.

*12* Die Sozialgerichte sind im ersten Rechtszug zur Entscheidung über alle Streitigkeiten, für die der Sozialrechtsweg gegeben ist (Rdnr. 9), sachlich zuständig. Ist der beschrittene Sozialrechtsweg unzulässig, so muss das Sozialgericht dies nach Anhörung der Beteiligten durch Beschluss vom Amts wegen – also auch ohne entsprechenden Antrag – aussprechen und zugleich den Rechtsstreit an das zuständige Gericht verweisen. Die örtliche Zuständigkeit (d. h. bei welchem Sozialgericht die Klage zu erheben ist) richtet sich nach dem Wohnsitz, Aufenthaltsort oder Beschäftigungsort des Klägers. Unter mehreren zuständigen Gerichten (bspw. wenn der Wohnsitz des Klägers in einem anderen Gerichtsbezirk als dem des Beschäftigungsortes liegt) hat der Kläger die Wahl; mit der Klageerhebung ist diese Wahl endgültig getroffen.

*13* Der Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage muss regelmäßig ein Vorverfahren (Widerspruchsverfahren) vorausgehen. Dieses Vorverfahren dient der nochmaligen Überprüfung der Verwaltungsentscheidung in einem besonderen, verwaltungsinternen Verfahren. Es gibt der Verwaltung die Möglichkeit, das Begehren des Antragstellers nochmals eingehend zu überprüfen und ggf. den Bescheid zu ändern. Der Betroffene hat das Recht auf Akteneinsicht. Die Akteneinsicht muss nicht bei der Behörde erfolgen, welche die Akten führt. Wie im sozialgerichtlichen Verfahren besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit der Aktenübersendung zur Einsichtnahme. Das Vorverfahren beginnt mit der Erhebung des Widerspruchs binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides. Wird dem Widerspruch nicht stattgegeben, so ergeht ein Widerspruchsbescheid, gegen den dann die Klage beim Sozialgericht erhoben werden kann. Er ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und den Beteiligten bekannt zu geben. Das Vorverfahren gehört zu den unverzichtbaren Prozessvoraussetzungen für das sozialgerichtliche Verfahren. Solange es nicht durchgeführt ist, fehlt es an der Zulässigkeit der Klage. Dieser Mangel kann aber dadurch geheilt werden, dass der Widerspruchsbescheid bis zum Schluss der letzten mündlichen Verhandlung ergeht; ggf. muss das Gericht dem Versicherungsträger hierzu Gelegenheit geben.

*14* Die Klage ist beim örtlich zuständigen Sozialgericht schriftlich oder zur Niederschrift des Urkunds-

beamten der Geschäftsstelle zu erheben. Die Klageschrift soll die Beteiligten (das sind in der Regel der Kläger und die beklagte Verwaltungsbehörde) und den Streitgegenstand bezeichnen sowie einen bestimmten Antrag enthalten. Die Nichtbeachtung dieser zuletzt genannten Formvorschriften hat auf die Entscheidung des Gerichts keinen Einfluss; es entstehen dadurch keine Rechtsnachteile.

Die Klagefrist beträgt einen Monat nach Bekanntgabe des Verwaltungsakts; hat ein Vorverfahren stattgefunden, so beginnt die Frist mit der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheids. Bei Bekanntgabe im Ausland beträgt die Klagefrist drei Monate. Diese Regelungen über die Fristen gelten aber nur, wenn der angefochtene Bescheid mit einer ordnungsgemäßen, d. h. vollständigen und richtigen Rechtsmittelbelehrung versehen ist.

War der Kläger ohne Verschulden an der Einhaltung der Klagefrist von einem Monat gehindert (z. B. weil er sich während dieser ganzen Zeit in stationärer Krankenhausbehandlung befand), so ist ihm auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren. Dieser Antrag ist binnen eines Monats nach Wegfall des Hindernisses zu stellen und entsprechend zu begründen.

*15* Beteiligte am Verfahren sind Kläger, Beklagte und Beigeladene. Als Beteiligte am sozialgerichtlichen Verfahren können insbesondere auftreten: Natürliche Personen, juristische Personen des öffentlichen und des privaten Rechts (z. B. eine Aktiengesellschaft oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung), nichtrechtsfähige Personenvereinigungen (z. B. die offene Handelsgesellschaft, die Kommanditgesellschaft). Von dieser prozessualen Rechtsfähigkeit unterscheidet man die Prozessfähigkeit, das ist die rechtliche Fähigkeit, Prozesshandlungen rechtswirksam vorzunehmen (also z. B. eine Klage zu erheben). Prozessfähig ist, wer sich durch Verträge verpflichten kann. Ein Minderjähriger ist in eigenen sozialgerichtlichen Angelegenheiten prozessfähig, soweit er durch Vorschriften des bürgerlichen Rechts (des Bürgerlichen Gesetzbuchs) oder des öffentlichen Rechts für den Gegenstand des Verfahrens als geschäftsfähig anerkannt wird. Im Sozialrecht gilt dies für einen Minderjährigen, der mindestens das 15. Lebensjahr vollendet hat. Dieser kann Anträge auf Sozialleistungen stellen und auch gerichtlich verfolgen sowie Sozialleistungen entgegennehmen. Diese Handlungsfähigkeit gilt aber nicht uneingeschränkt.

Sie kann vom gesetzlichen Vertreter jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Leistungsträger eingeschränkt werden.

*16* Die Beteiligten können sich in jeder Lage des Verfahrens durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Ein Vertretungszwang durch Prozessbevollmächtigte besteht nur vor dem Bundessozialgericht und auch dort nicht für Behörden, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Anstalten des öffentlichen Rechts und private Pflegeversicherungsunternehmen. Als Prozessbevollmächtigte vor dem Bundessozialgericht kommen neben Rechtsanwälten folgende Personen in Betracht: Mitglieder und Angestellte von Gewerkschaften, von selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung, von Vereinigungen von Arbeitgebern, von berufsständischen Vereinigungen der Landwirtschaft und von Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen, sofern sie kraft Satzung des Verbandes oder Vollmacht des Vorstandes zur Prozessvertretung befugt sind. Die Prozessvollmacht ist schriftlich zu erteilen und muss spätestens bis zur Verkündung der Entscheidung bei Gericht eingereicht sein. Sie ermächtigt grundsätzlich zu allen Prozesshandlungen. Der Bevollmächtigte ist daher berechtigt, mit Wirkung für und gegen die Vertretenen Vergleiche abzuschließen, die Klage zurückzunehmen oder einen Anspruch anzuerkennen.

*17* Das Sozialgericht kann von Amts wegen oder auf Antrag andere Personen oder Behörden (z. B. Versicherungsträger), deren berechtigte Interessen durch die gerichtliche Entscheidung berührt werden, beiladen. Sie müssen beigeladen werden (so genannte notwendige Beiladung), wenn sie an dem streitigen Rechtsverhältnis derart beteiligt sind, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann, oder wenn sich während des Rechtsstreits ergibt, dass bei Ablehnung des Anspruchs ein anderer Leistungsträger in Betracht kommt (z. B. eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft statt einer gewerblichen Berufsgenossenschaft oder die Bundesagentur für Arbeit). Der Beiladung kommt im sozialgerichtlichen Verfahren große Bedeutung zu. Sie dient im zuletzt genannten Beispiel der schnelleren Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche: Der beigeladene Träger kann ohne Klageänderung in diesem Rechtsstreit zur Leistung verurteilt werden. Er kann,

allerdings innerhalb der Anträge der anderen Beteiligten, selbständig Angriffs- und Verteidigungsmittel geltend machen und alle Verfahrenshandlungen wirksam vornehmen. Im Fall der notwendigen Beiladung ist er hinsichtlich der Anträge nicht beschränkt.

### **Klagearten**

18 Das sozialgerichtliche Verfahren kennt im Wesentlichen vier Klagearten: Die Anfechtungsklage, die Verpflichtungsklage, die Leistungsklage und die Feststellungsklage sowie Kombinationen von ihnen.

Mit der Anfechtungsklage erstrebt der Kläger die Aufhebung oder Abänderung eines Verwaltungsaktes. Sie ist eine Abwehrklage gegen einen Eingriff der Verwaltung in seine Rechtssphäre. Beispiele hierfür sind: Rückforderung von erbrachten Leistungen oder Entziehung einer laufenden Leistung (z. B. Rente, Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit usw.). Solche reinen Anfechtungsklagen sind im sozialgerichtlichen Verfahren relativ selten. Oft begehrt der Kläger neben der Aufhebung eines ablehnenden Bescheides eine höhere Geldleistung (z. B. Arbeitslosengeld) oder die Anerkennung von Versicherungszeiten in der Rentenversicherung, von Schädigungsfolgen im sozialen Entschädigungsrecht, von Behinderungen nach dem SGB IX. Die Durchsetzung dieser Ansprüche geschieht durch eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage. Des Weiteren können die Versicherten, wenn eine beantragte Leistung abgelehnt wurde, in einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nicht nur den Ablehnungsbescheid angreifen, sondern unmittelbar die Verurteilung der Verwaltung zu der Leistung (z. B. Rente, Arbeitslosengeld, Krankengeld) beantragen. Diese Klageart ist die Hauptform der im sozialgerichtlichen Verfahren anhängigen Klagen. Reine Leistungsklagen gibt es für Versicherte oder Leistungsempfänger praktisch nicht. Hier ist an Ersatz- und Erstattungsstreitigkeiten zwischen gleichgeordneten Versicherungsträgern gedacht. Eine Feststellungsklage ist für bestimmte Klagebegehren nur zulässig, wenn der Kläger an der alsbaldigen Feststellung ein berechtigtes Interesse hat und das Begehren mit keiner anderen der erwähnten Klagearten erreicht werden kann (z. B. Feststellung eines Versicherungsverhältnisses, des Vorliegens einer Berufskrankheit).

### **Einstweiliger Rechtsschutz**

19 Ebenso wie der Widerspruch (Rdnr. 13) hat die Anfechtungsklage grundsätzlich aufschiebende Wir-

kung, die nur entfällt bei der Entscheidung über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie Anforderung der entsprechenden Gelder, bei Verwaltungsakten in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts, der Bundesagentur für Arbeit oder der Sozialversicherung, die eine laufende Leistung (z. B. Rente oder Arbeitslosengeld) entziehen oder herabsetzen, in anderen durch Bundesgesetz vorgeschriebenen Fällen und bei Anordnung der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsaktes. Hat die Anfechtungsklage ausnahmsweise keine aufschiebende Wirkung, so kann das Gericht auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Das Gericht der Hauptsache (das Sozialgericht oder im Berufungsverfahren das Landessozialgericht) kann nunmehr kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung auf Antrag auch eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Dasselbe gilt zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Solche Anträge sind sogar schon vor Klageerhebung zulässig.

### **Allgemeine Grundsätze des Verfahrens**

20 Im Gegensatz zum Zivilprozess gilt für das sozialgerichtliche Verfahren der Untersuchungs- oder Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 Sozialgerichtsgesetz): Das Gericht erforscht den Sachverhalt von Amts wegen. Es ist an das Vorbringen und an die Beweisanträge der Beteiligten nicht gebunden. Solange und soweit das Sozialgericht selbst die Möglichkeit hat, den Sachverhalt aufzuklären, muss es hiervon Gebrauch machen, z. B. ein medizinisches Sachverständigengutachten einzuholen.

21 Im sozialgerichtlichen Verfahren entscheidet das Gericht, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf Grund einer mündlichen Verhandlung. Die mündliche Verhandlung stellt ein Mittel für die Gewährung des rechtlichen Gehörs dar. Sie dient der Klarstellung des vom Kläger erhobenen Anspruchs sowie der vollständigen Erörterung des Streitstoffs mit den Beteiligten. In engem Zusammenhang damit steht der Grundsatz der Öffentlichkeit, wonach die Verhandlung vor dem



erkennenden Gericht einschließlich der Verkündung der Urteile und Beschlüsse öffentlich ist. Ferner darf das Urteil nur von den Richtern gefällt werden, die an der der Entscheidung zugrunde liegenden letzten mündlichen Verhandlung teilgenommen haben (Grundsatz der Unmittelbarkeit).

22 Ein besonders wichtiger und deshalb auch im Grundgesetz ausdrücklich geschützter Grundsatz ist die Pflicht des Gerichts zur Gewährung des rechtlichen Gehörs (Artikel 103 Grundgesetz und § 62 Sozialgerichtsgesetz). Das bedeutet: Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben, insbesondere darf sich das Urteil nur auf Tatsachen und Beweismittel stützen, zu denen sich die Beteiligten äußern konnten. Durch die Gewährung rechtlichen Gehörs soll auch verhindert werden, dass die Beteiligten durch eine Entscheidung des Gerichts überrascht werden, die auf einer Rechtsauffassung beruht, zu der die Beteiligten keine Gelegenheit hatten, sich zu äußern. Allerdings gibt es keinen allgemeinen Verfahrensgrundsatz, der das Gericht verpflichtet, vor seiner Entscheidung auf eine in Aussicht genommene Beweiswürdigung hinzuweisen oder die für die richterliche Überzeugungsbildung möglicherweise leitenden Gründe zuvor mit den Beteiligten zu erörtern. Unterstrichen wird die Bedeutung dieses Grundsatzes durch die neu geschaffene Anhörungsrüge, mit der eine entscheidungserhebliche Verletzung des rechtlichen Gehörs durch eine Entscheidung eines Gerichts bei diesem geltend gemacht werden kann, wenn gegen die Entscheidung kein Rechtsmittel oder Rechtsbehelf gegeben ist.

23 Das Gericht entscheidet nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung. Dieser Grundsatz der freien richterlichen Beweiswürdigung (§ 128 Absatz 1 Sozialgerichtsgesetz) besagt, dass das Sozialgericht bei seiner Entscheidungsfindung die einzelnen Faktoren des Falles insbesondere auf Grund einer durchgeführten Beweisaufnahme zu berücksichtigen und nach freier Überzeugung vollständig zu würdigen hat. Es kann bspw. einem Beteiligten durchaus mehr Glauben schenken als der Aussage eines Zeugen. Es kann einem von zwei eingeholten Gutachten folgen, muss also bei widerstreitenden Gutachten kein Obergutachten einholen.

24 Die Beweiserhebung ist im sozialgerichtlichen Verfahren nicht an Beweisanträge oder an den Vortrag der Beteiligten gebunden. Vielmehr erhebt das

Gericht von Amts wegen Beweis. Als Beweismittel stehen dem Sozialgericht Urkunden, die Augenscheinseinnahme, die Zeugenvernehmung und die Anhörung von Sachverständigen zur Verfügung. Eine Beweisaufnahme durch förmliche Parteivernehmung, wie sie im Zivilprozess durchgeführt werden kann, kennt das Sozialgerichtsverfahren nicht. Allerdings sind die Beteiligten im Verfahren anzuhören. Ihre Angaben sind im Rahmen der freien richterlichen Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Zudem kann das Gericht Unterlagen beiziehen, Auskünfte jeder Art einholen und einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchführen. Abweichend von den zivilrechtlichen Beweisvorschriften muss das Gericht in der Tatsacheninstanz auf Antrag des Versicherten, Behinderten, Versorgungsberechtigten oder Hinterbliebenen einen bestimmten Arzt gutachtlich hören (§ 109 Sozialgerichtsgesetz). Die Anhörung (meist die Einholung eines schriftlichen Gutachtens) kann davon abhängig gemacht werden, dass der Antragsteller die voraussichtlichen Kosten vorschießt und vorbehaltlich einer anderen Entscheidung des Sozialgerichts endgültig trägt.

25 Den Abschluss des sozialgerichtlichen Verfahrens bildet meist die mündliche Verhandlung mit ehrenamtlichen Richtern. Sie wird vom vorsitzenden Berufsrichter geleitet. Er gibt nach Aufruf der Sache eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts. Sodann erhalten die Beteiligten das Wort. Der Vorsitzende hat mit ihnen das Sach- und Streitverhältnis zu erörtern und darauf hinzuwirken, dass sie sich über die erheblichen Tatsachen vollständig erklären sowie angemessene und sachdienliche Anträge stellen. Nach genügender Erörterung der Streitsache erklärt der Vorsitzende die mündliche Verhandlung für geschlossen. Ihre Wiedereröffnung ist bis zur Verkündung des Urteils jederzeit möglich. Über die mündliche Verhandlung ist eine Niederschrift zu fertigen.

### **Verfahrensabschluss ohne gerichtliche Entscheidung**

26 Über den Schluss der mündlichen Verhandlung hinaus bis zur Rechtskraft des Urteils kann die Klage zurückgenommen werden. Dies ist auch im Berufungs- oder Revisionsverfahren möglich. Die Klagerücknahme kann ganz oder teilweise erfolgen und erledigt den Rechtsstreit in der Hauptsache.

Um den geltend gemachten Anspruch vollständig oder zum Teil zu erledigen, können die Beteiligten



einen Vergleich schließen; dies geschieht im sozialgerichtlichen Verfahren meist durch den Abschluss eines so genannten außergerichtlichen Vergleichs, in dem z. B. der beklagte Versicherungsträger ein Vergleichsangebot unterbreitet, das der Kläger annimmt.

Wenn der beklagte Versicherungsträger den gegen ihn erhobenen Anspruch anerkennt, so muss der Kläger dieses Anerkenntnis ausdrücklich annehmen, um den Rechtsstreit in der Hauptsache zu erledigen.

Neu ist die Möglichkeit des Gerichts, einen Rechtsstreit binnen sechs Monaten nach Eingang der Verwaltungsakten an die Verwaltung zurückzuverweisen, wenn dieser eine erhebliche, weitere Sachaufklärung fordert und dies sachdienlich ist.

### **Verfahrensabschluss durch Gerichtsbescheid**

27 Das Sozialgericht kann ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, und zwar auch zu Gunsten des Klägers, wenn die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher und rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist (§ 105 Sozialgerichtsgesetz). Letzteres kann auch auf Grund einer Beweisaufnahme der Fall sein. Das Gericht muss vorher den Beteiligten mitteilen, dass es eine solche Entscheidung erwägt und sich die Beteiligten dazu äußern können. Der Gerichtsbescheid ergeht ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter. Er muss wie ein Urteil abgefasst werden. Gegen den Gerichtsbescheid kann das Rechtsmittel eingelegt werden, das zulässig wäre, wenn das Sozialgericht durch Urteil entschieden hätte: Ist die Berufung unbeschränkt gegeben oder vom Sozialgericht zugelassen worden, so ist nur diese statthaft. Ist die Berufung nicht gegeben, können die Beteiligten Antrag auf mündliche Verhandlung stellen. Ist ein solcher Antrag binnen eines Monats gestellt, so gilt der Gerichtsbescheid als nicht ergangen.

### **Verfahrensabschluss durch Urteil**

28 Kommt es nicht zu einem der zuvor genannten Verfahrensabschlüsse, wird über die Klage grundsätzlich durch Urteil entschieden, und zwar entweder durch Prozess- oder durch Sachurteil. Ein Prozessurteil ergeht, wenn eine zwingende Prozessvoraussetzung nicht erfüllt ist (Rdnr. 11). Entscheidet das Gericht hingegen in der Sache, so ergeht ein Sachurteil. Entsprechend den Klagearten kann man zwischen Leistungs- (Verpflichtungs-), Gestaltungs- (Anfechtungs-) und Feststellungsurteilen unterscheiden. Das

Urteil wird grundsätzlich in dem Termin verkündet, in dem die mündliche Verhandlung stattfand. Mit Einverständnis der Beteiligten kann das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden; das Einverständnis muss ausdrücklich, eindeutig und vorbehaltlos erklärt werden.

Das Urteil ist schriftlich zu begründen. Das Sozialgericht kann aber von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absehen, soweit es sich der Begründung des Bescheids anschließt und sie für richtig erklärt.

Das nicht angefochtene Urteil wird rechtskräftig. Es bindet die Beteiligten, soweit über den Streitgegenstand entschieden worden ist.

## **Berufungsverfahren**

29 Die Berufung an das Landessozialgericht ist gegen jedes Urteil des Sozialgerichts statthaft; ausgenommen hiervon sind Streitigkeiten über Geld- oder Sachleistungen mit einem Beschwerdewert von nicht mehr als 500 Euro (so genannte Bagatellstreitigkeiten) und Erstattungsstreitigkeiten zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden von nicht mehr als 5000 Euro. Bei dem maßgeblichen Beschwerdewert ist abzustellen auf die Differenz zwischen dem, was der Berufungskläger in dem Verfahren vor dem Sozialgericht erhalten hat und dem, was er im Berufungsverfahren begehrt. Die Beschränkung der Berufung gilt jedoch nicht, wenn das Rechtsmittel wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.

Ist die Berufung ausgeschlossen, hat das Sozialgericht sie in seinem Urteil zuzulassen, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder wenn das Urteil von einer Entscheidung eines Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht, und bei bestimmten Verfahrensmängeln.

Die Nichtzulassung der Berufung kann durch die Nichtzulassungsbeschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist unmittelbar beim Landessozialgericht innerhalb eines Monats nach Zustellung des vollständigen Urteils schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten des Landessozialgerichts, nicht des Sozialgerichts (!) einzulegen. Das Landessozialgericht entscheidet durch Beschluss, in

dem es die Berufung zulässt oder dies ablehnt. Lässt das Landessozialgericht die Berufung zu, so wird das Beschwerdeverfahren als Berufungsverfahren fortgesetzt. Der Einlegung einer Berufung bedarf es nicht mehr. Darauf ist in dem Beschluss hinzuweisen.

30 Bei einer form- und fristgerecht eingelegten zulässigen Berufung prüft das Landessozialgericht den Streitfall in gleichem Umfang wie das Sozialgericht. Es hat auch neu vorgebrachte Tatsachen und Beweismittel zu berücksichtigen. Im Übrigen gelten für das Verfahren in der Berufungsinstanz, insbesondere für die mündliche Verhandlung und das Urteil, die Vorschriften des ersten Rechtszuges entsprechend. Es ist also eine weitere Tatsacheninstanz. Entscheidet das Landessozialgericht bei einer zulässigen Berufung über die Begründetheit des Rechtsmittels, so weist es entweder die Berufung zurück oder hebt das Urteil des Sozialgerichts auf und entscheidet selbst neu in der Sache. Es kann aber auch das angefochtene Urteil aufheben und die Sache an das Sozialgericht zurückverweisen, z. B. wenn dieses die Klage zu Unrecht ohne Sachentscheidung (als unzulässig) abgewiesen hat.

Das Urteil des Landessozialgerichts ist schriftlich zu begründen. Das Gericht hat jedoch die Möglichkeit, in dem Urteil von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abzusehen, soweit es die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts als unbegründet zurückweist.

Das Landessozialgericht kann die Berufung gegen ein Urteil des Sozialgerichts – ausdrücklich ausgenommen davon ist die Berufung gegen einen Gerichtsbescheid – durch Beschluss zurückweisen, wenn die Berufsrichter sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten. Das Gericht muss vorher den Beteiligten mitteilen, dass es eine Entscheidung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung erwägt und sich die Beteiligten dazu äußern können. Die Entscheidung durch Beschluss bedarf nicht der Zustimmung der Beteiligten; ein Beteiligter kann deshalb eine solche Entscheidung auch nicht verhindern. Der die Berufung zurückweisende Beschluss ergeht ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter.

Der Vorsitzende des Senats oder der Berichterstatter kann – mit vorheriger Zustimmung aller Beteiligten, also auch der Beigeladenen – ohne die übrigen Senatsmitglieder und die ehrenamtlichen Richter allein als Einzelrichter die abschließende Entscheidung

durch Urteil treffen. Eine solche Entscheidung kann entweder auf Grund einer mündlichen Verhandlung oder mit gesondert zu erklärendem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ergehen.

## Revisionsverfahren

31 Gegen das Urteil oder den die Berufung zurückweisenden Beschluss des Landessozialgerichts kann nur unter bestimmten Voraussetzungen Revision an das Bundessozialgericht eingelegt werden. Die Revision ist zulässig, wenn sie vom Landessozialgericht ausdrücklich zugelassen worden ist. Sie ist zuzulassen bei Rechtssachen von grundsätzlicher Bedeutung, bei einer Abweichung von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts und bei bestimmten Verfahrensmängeln des Landessozialgerichts. Sie ist außerdem zulässig, wenn das Bundessozialgericht einer Nichtzulassungsbeschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht stattgibt. Diese Beschwerde ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des zweitinstanzlichen Urteils beim Bundessozialgericht einzulegen und innerhalb eines weiteren Monats zu begründen. In der Begründung, an die die Rechtsprechung hohe Anforderungen stellt, muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt bzw. die Entscheidung des Bundessozialgerichts, von der das Landessozialgericht abweicht, oder der Verfahrensfehler, auf dem die Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Kommt das Bundessozialgericht zu dem Ergebnis, dass ein Verfahrensmangel des Landessozialgerichts vorliegt, so kann es in dem Beschluss über die Nichtzulassungsbeschwerde gleich das angefochtene Urteil des Landessozialgerichts aufheben und den Rechtsstreit an die Vorinstanz zurückverweisen. In allen anderen Fällen lässt das Bundessozialgericht in einem Beschluss entweder die Revision zu oder weist die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

Neben der eigentlichen Revision gibt es noch das Rechtsmittel der Sprungrevision. Unter Übergehung des Landessozialgerichts kann dieses Rechtsmittel gegen ein Urteil des Sozialgerichts unmittelbar beim Bundessozialgericht eingelegt werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und das Sozialgericht die Sprungrevision zugelassen hat. Das Sozialgericht hat die Sprungrevision nur dann zuzulassen, wenn

die Rechtssache von grundsätzlicher Bedeutung ist oder das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts abweicht.

32 Das Bundessozialgericht ist eine reine Rechtsinstanz und keine Tatsacheninstanz. Seine Nachprüfung des zweitinstanzlichen Urteils beschränkt sich auf die Frage, ob es auf einer Verletzung von Bundesrecht beruht. Eine solche Verletzung liegt vor, wenn das Landessozialgericht eine Rechtsnorm (z. B. eine Bestimmung aus dem Sozialgesetzbuch) nicht oder nicht richtig angewandt hat. Bei dieser Überprüfung auf Rechtsfehler ist das Bundessozialgericht an die im angefochtenen Urteil des Landessozialgerichts getroffenen tatsächlichen Feststellungen gebunden, insbesondere auch an die Würdigung der vom Landessozialgericht erhobenen Beweise. Dies gilt nur dann nicht, wenn insoweit zulässige und begründete Verfahrensrügen vorgebracht werden.

## Kosten des Verfahrens

33 Bis Ende des Jahres 2001 waren die Verfahren vor allen Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit grundsätzlich gerichtskostenfrei. Dieser Grundsatz gilt nach wie vor für Versicherte, Leistungsempfänger einschließlich Hinterbliebenenleistungsempfänger, Behinderte oder deren Sonderrechtsnachfolger nach § 56 SGB I (z. B. Ehegatten und Kinder des Versicherten), soweit sie in dieser Eigenschaft als Kläger oder Beklagte im Verfahren beteiligt sind. Diese Personen können ihre Ansprüche unabhängig von einem Gerichtskostenrisiko klären. Für sonstige Rechtsnachfolger gilt die Kostenfreiheit nur für die laufende Instanz.

Andere Kläger und Beklagte - nicht aber Beigeladene -, insbesondere Behörden, haben für jede Streitsache eine Gerichtsgebühr zu entrichten, die sich für das Verfahren vor den Sozialgerichten auf 150 Euro, vor den Landessozialgerichten auf 225 Euro und vor dem Bundessozialgericht auf 300 Euro beläuft. Diese Pauschalgebührenregelung gilt allerdings nicht uneingeschränkt und ist ausgeschlossen z. B. für Streitigkeiten von Sozialleistungsträgern untereinander oder für Klagen von Unternehmen. In diesen Fällen werden Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes erhoben. Soweit Gerichtskostenfreiheit besteht, ist auch das Beweisverfahren (z. B. Einholung von Sachverständigengutachten von Amts wegen oder Zeugenvernehmung) kostenfrei. Eine Ausnahme bildet die Anhörung eines bestimmten

vom Kläger benannten Arztes seines Vertrauens nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (Rdnr. 24). Das Gericht kann außerdem einem Beteiligten ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch entstanden sind, dass ein Beteiligter schuldhaft das Verfahren verzögert hat oder missbräuchlich fortgeführt hat, wenn er auf die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung oder -verteidigung sowie auf eine mögliche Kostenauflegung durch den Vorsitzenden in einem Termin hingewiesen worden ist (Verschuldens- oder Missbrauchskosten). Dem Beteiligten steht gleich sein Vertreter oder Bevollmächtigter.

## Prozesskostenhilfe

34 Auch im sozialgerichtlichen Verfahren gibt es die Bewilligung von Prozesskostenhilfe. In den meisten Fällen ist Ziel eines solchen Antrags die Kostenfreiheit eines beigeordneten Rechtsanwalts. Voraussetzung ist, dass der Betroffene nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten für einen Rechtsanwalt nicht oder nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Anspruch auf Gewährung von Prozesskostenhilfe und Beordnung eines Rechtsanwalts, wenn es sich um ein Verfahren vor dem Bundessozialgericht handelt. Bei Streitverfahren vor dem Sozialgericht oder dem Landessozialgericht besteht dieser Anspruch, wenn die Vertretung durch einen Rechtsanwalt erforderlich ist oder der Gegner durch einen Rechtsanwalt vertreten ist.

Mitglieder von Gewerkschaften oder selbständigen Verbänden mit sozial- oder berufspolitischer Zielsetzung können sich durch entsprechend geschulte Rechtssekretäre kostenlos beraten und vor Gericht vertreten lassen. In solchen Fällen besteht kein Bedürfnis für die Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Beordnung eines Rechtsanwalts.

## Zahl der Klagen, Berufungen und Revisionen in der Sozialgerichtsbarkeit

Jahr	Sozialgerichtliche Klagen	Landessozialgerichtliche Berufungen	Bundessozialgerichtliche Revisionen (Nichtzulassungsbeschwerden)
1995	226 048	20 549	749 (1593)
2000	262 905	26 781	657 (1714)
2003	286 934	28 730	519 (1869)

### **Gesetzliche Grundlagen**

35 Sozialgerichtsgesetz vom 3. September 1953 in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Septem-

ber 1975 (BGBl Teil I, S. 2535 ff), zuletzt geändert durch das Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22.12.2005 mit In-Kraft-Treten am 01.01.2006 (BGBl I, S. 3686).

## Aufgaben und Entwicklung des Sozialbudgets

1 Das gegenwärtige Bild der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist das Ergebnis einer jahrzehntelangen wirtschaftlichen, demographischen und rechtlichen Entwicklung. Die Zusammenfassung der Sozialleistungen und ihrer Finanzierung im Sozialbudget gibt einen Überblick über die Gesamtheit der sozialen Sicherung, insbesondere ihre finanzielle Dimension. Die Vorlage des Sozialbudgets hat zum Ziel, das Bild des Sozialschutzes aufzuhellen und so Transparenz über die soziale Sicherung zu schaffen sowie die Diskussion auf eine statistische Grundlage zu stellen. Die Bundesregierung erstellt gegenwärtig einmal in jeder Legislaturperiode den Sozialbericht mit ausführlichem Tabellenwerk; in den Zwischenjahren werden aktualisierte Ergebnisse veröffentlicht. Von anderen Rechenwerken – z. B. den im Rahmen der umfassenderen Sozialproduktsrechnung des Statistischen Bundesamtes ermittelten sozialen Leistungen – hebt es sich insbesondere durch den Umfang der erfassten Tatbestände und dadurch ab, dass die Leistungen nicht nur institutionell, sondern auch funktional, d. h. nach ihrem sozialen Sicherungszweck, aufbereitet und präsentiert werden. Außerdem werden Zuweisungen und Zahlungen der Institutionen untereinander, so genannte Beiträge des Staates für Empfänger sozialer Leistungen, konsolidiert.

2 Das Sozialbudget soll auf mittlere Frist über Höhe, Struktur und Entwicklung der Ausgaben für die soziale Sicherung informieren und Hilfe bei Entscheidungen über die Einkommensumverteilung zugunsten der Empfänger von Sozialleistungen geben. Ursprünglich stand allein die Absicht im Vordergrund, die Höhe der Belastung der Volkswirtschaft bzw. Steuer- und Beitragszahler zu ermitteln. Inzwischen sind weitere Ziele gleichberechtigt hinzugegetreten: Das Sozialbudget dient heute vor allem

dazu, die bisherige Entwicklung der Sozialleistungen und ihrer Finanzierung ausführlich darzustellen, die gegenwärtige Situation zu beschreiben sowie den weiteren Verlauf der sozialen Leistungen und ihrer Finanzierbarkeit mittelfristig vorauszuberechnen.

3 Seit der ersten Vorlage 1968 wurde der Informationsgehalt des Sozialbudgets laufend vervollständigt. Mit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten hat das Sozialbudget zusätzlich den Umfang seiner Darstellung erheblich ausgeweitet: Es weist die quantitative Entwicklung des sozialen Sicherungssystems ab 1991 getrennt nach alten und neuen Ländern und Gesamtdeutschland aus (siehe Übersicht 1).

4 Mit größer werdendem zeitlichen Abstand zur Wiedervereinigung wird die statistische Datenlage allerdings zunehmend unsicherer. Daten für Berlin sind häufig nicht mehr getrennt nach Ost- und Westberlin verfügbar. Das Sozialbudget rechnet deshalb z. B. auch die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin komplett den alten Ländern zu. Probleme bereitet die Gebietstrennung auch bei der getrennten Berechnung des Bruttoinlandsprodukts. Das Statistische Bundesamt liefert hier seit der Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ESVG95) nur noch Daten für Berlin insgesamt, so dass eine Aufteilung eigenständig vorgenommen werden muss. Diese Aufteilung orientiert sich an dem Datenstand vor der Revision, der letztmalig für das Jahr 1998 verfügbar ist.

## Sozialbudget und gesamtwirtschaftliche Entwicklung, Sozialleistungsquote

5 Über längere Zeiträume hinweg werden die absoluten Beträge für Sozialleistungen vor allem von der Entwicklung der Löhne und Gehälter und der Preise beeinflusst. Einen Maßstab, der diese Einflüsse bei

## Übersicht 1: Entwicklung des Sozialbudgets zwischen 1991 und 2004

Leistungen des Sozialbudgets<sup>1)</sup>

Insgesamt

Jahr	Milliarden Euro			Veränderung in % <sup>2)</sup>			Sozialleistungsquote <sup>3)</sup>			Einwohner(Euro/Jahr)		
	Deutsch-land	davon:		Deutsch-land	davon:		Deutsch-land	davon:		Deutsch-land	davon:	
		Alte Länder	Neue Länder		Alte Länder	Neue Länder		Alte Länder	Neue Länder		Alte Länder	Neue Länder
1991	427,0	370,5	56,5	-	-	-	27,8	26,2	48,8	5338	5781	3553
1992	484,2	402,3	81,9	13,5	8,6	45,0	29,4	26,9	55,4	6008	6202	5207
1993	508,9	419,0	89,9	5,1	4,2	9,8	30,0	27,8	49,8	6269	6394	5746
1994	531,2	437,0	94,1	4,4	4,3	4,7	29,8	27,9	45,5	6524	6636	6049
1995	562,5	461,5	101,1	5,9	5,6	7,4	30,4	28,4	45,9	6889	6975	6520
1996	588,5	481,9	106,6	4,6	4,4	5,5	31,4	29,3	46,7	7186	7252	6904
1997	591,8	485,3	106,5	0,6	0,7	-0,2	30,9	28,9	45,7	7212	7282	6913
1998	606,0	494,8	111,2	2,4	2,0	4,6	30,8	28,7	47,0	7388	7419	7250
1999	628,4	513,1	115,3	3,7	3,7	3,7	31,2	29,1	47,3	7655	7677	7560
2000	645,9	528,3	117,7	2,8	3,0	2,0	31,3	29,2	47,7	7859	7882	7759
2001	663,3	542,7	120,6	2,7	2,7	2,5	31,4	29,2	48,2	8055	8073	7974
2002	685,0	560,3	124,7	3,3	3,2	3,5	31,9	29,7	49,2	8305	8317	8252
2003p	696,2	569,0	127,2	1,6	1,6	2,0	32,2	29,9	49,4	8437	8439	8429
2004p	690,6	565,6	125,0	-0,8	-0,6	-1,8	31,2	29,0	46,6	8371	8388	8295

1) Stand Februar 2006.

2) Gegenüber dem ausgewiesenen Vorjahr.

3) Sozialleistungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt.

p): vorläufig

langfristiger Betrachtung eliminiert und der gleichzeitig Anhaltspunkte dafür bietet, inwieweit die Ausgaben für die soziale Sicherung und die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung sich in Übereinstimmung befinden, gewinnt man, wenn man die im Sozialbudget ermittelten Sozialleistungen ins Verhältnis zum jeweiligen nominalen Bruttoinlandsprodukt setzt. Diese Verhältniszahl bezeichnet man als Sozialleistungsquote (siehe Grafik 1; Übersicht 1).

6 Für die Bundesrepublik Deutschland lassen sich grob vier Phasen der Entwicklung der Sozialleistungsquote feststellen. In allen vier Phasen haben neben der Wirtschaftsentwicklung, die sich mit zeitlichem Abstand insbesondere auf die Höhe der Einkommensersatzleistungen und Renten auswirkt, immer auch Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung und gesetzliche Veränderungen der geschützten Personenkreise und Leistungsbeträge zur Entwicklung der Sozialleistungsquote beigetragen.

- Die erste Phase der Entwicklung der Sozialleistungsquote reichte ungefähr bis in die Mitte der 70er Jahre. Sie ist gekennzeichnet von einem allmählichen Anstieg der Sozialleistungsquote von rd. 21% im Jahr 1960 auf einen ersten Höhepunkt im Jahr 1975 (30,7%). Hohe gesamtwirtschaftliche Wachstumsraten bis 1973 ließen eine politisch gewollte überproportionale Ausdehnung der sozialen Leistungen zu. Am Ende dieser Zeitspanne war im Wesentlichen der rechtliche und gesellschaftliche Rahmen für die soziale Sicherung abgesteckt, innerhalb dessen sich so-

zialpolitische Veränderungen seither weitgehend vollziehen.

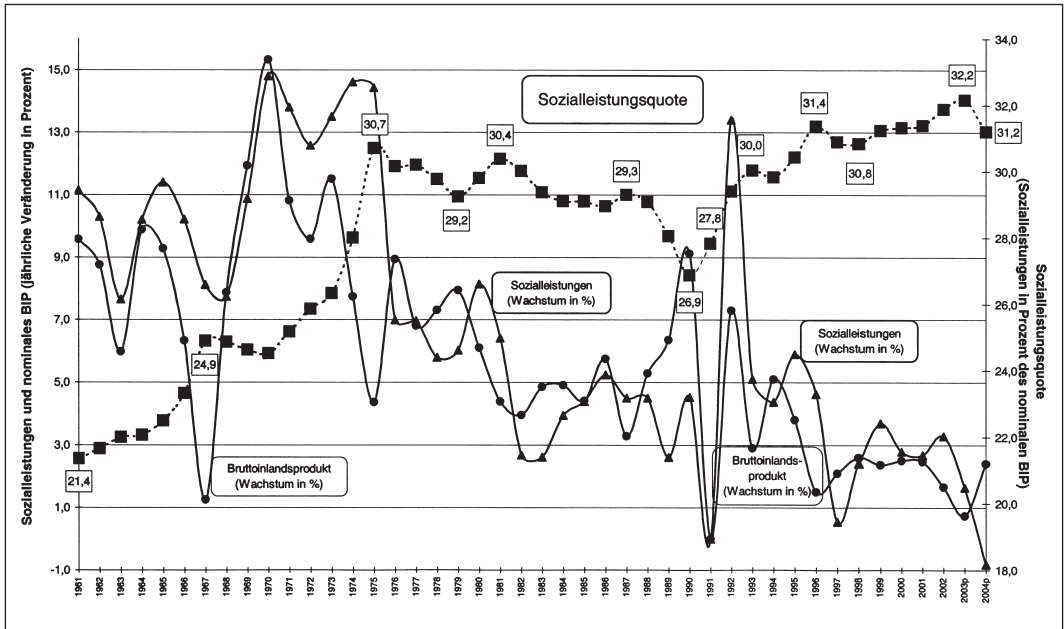
- In der zweiten Phase ging die Sozialleistungsquote bis 1979 auf 29,2% zurück. Hierin kommt das Bemühen der Sozialpolitik in der 2. Hälfte der 70er Jahre zum Ausdruck, die bis dahin erreichten Leistungen des sozialen Sicherungssystems und die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit in Einklang zu bringen. Bis 1981 stieg sie aber wieder auf einen zweiten Höhepunkt (30,4%).
- Seit 1982 (Beginn der dritten Phase) ist die Sozialleistungsquote als Folge einer gleichzeitig auf finanzielle Konsolidierung und auf Neustrukturierung des sozialen Sicherungssystems ausgerichteten Politik kontinuierlich gesunken (Ausnahme 1985 und 1987). Sie erreichte 1991 mit 26,9% in Westdeutschland einen Tiefpunkt – so niedrig wie seit Anfang der 70er Jahre nicht mehr. Neben den gesetzgeberischen Maßnahmen im Sozialbereich vom Beginn der 80er Jahre lag eine weitere wichtige Ursache in dem kontinuierlichen gesamtwirtschaftlichen Wachstumsprozess der 80er Jahre, insbesondere in deren zweiter Hälfte.
- Die vierte Phase beginnt mit der Wiedervereinigung. Sie ist gekennzeichnet durch die hohe Quote in den neuen und durch eine steigende Quote in den alten Ländern. Diese Entwicklung ist u. a. Folge des schwächeren Wirtschaftswachstums: Das nominale Bruttoinlandsprodukt



Grafik 1

## Sozialleistungsquote in Deutschland 1961 – 2004

erklärt durch abweichendes Wachstum von Sozialleistungen und nominalem Bruttoinlandsprodukt (BIP)  
(ab 1991 einschließlich Neue Länder)



nahme von 1991 bis 2004 im Gegensatz zu den Sozialleistungen nur um knapp 44% zu, während letztere im selben Zeitraum um 62% stiegen. Vor allem in den neuen Ländern verlangsamt sich das BIP-Wachstum seit Mitte der 90er Jahre erheblich und lag teilweise sogar unterhalb des Wirtschaftswachstums in den alten Ländern. Damit erreichte die gesamtdeutsche Sozialleistungsquote trotz eines Rückgangs in den Jahren 1997 und 1998 im Jahr 2003 mit 32,2% einen Höchststand. Die hohe Quote in den neuen Ländern hat ihre Ursache in deren relativ geringen Wirtschaftskraft bei gleichzeitig hohem Sicherungsbedarf vor allem bei Arbeitslosigkeit. Maßgeblich für den Anstieg der Leistungen des Sozialbudgets nach der Wiedervereinigung waren die Übertragung des westdeutschen sozialen Sicherungssystems auf die neuen Länder und sein weiterer Ausbau in den Folgejahren, sowie steigende Ausgaben in den drei großen allgemeinen Systemen Rentenversicherung, Krankenversicherung und Arbeitsförderung. Der Ausgabenanstieg dieser Systeme ist vor allem auf demografische Veränderungen, eine höhere

arbeitsmarktbedingte Inanspruchnahme, sowie Mehrausgaben für die lohn- und preisabhängigen Leistungen zurückzuführen. Dies sind bspw. hohe Rentenanpassungen in den neuen Ländern, die sich auch aus dem Aufholprozess der Löhne ergaben. Zu dem Anstieg der Leistungen des Sozialbudgets nach der Wiedervereinigung trugen auch die Einführung der Pflegeversicherung und des Familienleistungsausgleichs bei.

7 Die Sozialleistungen je Einwohner liegen in den neuen Ländern knapp unterhalb derjenigen in den alten Ländern. Trotz des stetig ansteigenden Strukturanteils der Rentenversicherung im Osten erhalten die Leistungsempfänger in den neuen Ländern naturgemäß kaum Leistungen aus der Betrieblichen Altersversorgung und der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes. Auch die Steuervergünstigungen fallen aufgrund der geringeren Wirtschaftsleistung in den neuen Ländern anteilmäßig geringer aus.

8 Die Sozialbudgetdaten für das Jahr 2004 sind bemerkenswert. Das erste Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland konnte ein nominaler Rückgang der Sozialleistungen beobachtet werden

## Übersicht 2: Leistungen nach Funktionen

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2003p	2004p
<b>Milliarden Euro</b>								
Sozialbudget insgesamt	32,6	86,3	228,5	342,6	562,5	645,9	696,2	690,6
Ehe und Familie	5,5	16,3	36,8	46,3	73,2	96,2	102,3	101,0
Kinder / Jugendliche	3,5	8,1	20,4	29,1	49,2	65,8	71,0	70,2
Ehegatten	1,7	7,5	14,4	14,6	20,3	26,0	26,7	26,2
Mutterschaft	0,3	0,7	1,9	2,6	3,8	4,4	4,6	4,7
Gesundheit	9,0	25,1	75,2	118,6	201,9	221,4	235,2	228,1
Vorbeugung / Rehabilitation	0,6	1,6	4,0	6,7	12,4	12,1	13,4	13,2
Krankheit	6,1	18,3	57,1	87,1	138,7	149,3	159,3	152,6
Arbeitsunfall, Berufskrankheit	0,8	2,3	5,6	8,0	12,4	13,1	13,2	12,7
Invalidität	1,5	3,0	8,4	16,8	37,5	46,9	49,4	49,6
Beschäftigung	0,8	2,8	11,9	24,8	56,5	61,7	68,7	68,3
Berufliche Bildung	0,3	1,2	4,2	7,0	11,5	13,5	14,3	12,5
Mobilität	0,2	1,0	2,9	4,2	11,3	11,9	10,2	10,0
Arbeitslosigkeit	0,4	0,6	4,8	13,6	33,6	36,3	44,1	45,8
Alter und Hinterbliebene	14,2	35,4	89,3	139,1	210,4	244,4	267,6	270,8
Alter	12,5	32,4	83,1	132,9	202,2	236,1	259,4	262,8
Hinterbliebene	1,7	3,1	6,2	6,2	8,3	8,2	8,4	8,0
Folgen politischer Ereignisse	1,4	2,2	3,4	1,8	5,0	3,1	2,5	2,6
Wohnen	0,3	0,9	2,5	4,4	6,4	7,1	8,0	8,4
Sparen / Vermögensbildung	0,6	2,8	8,0	5,8	7,6	10,1	10,0	9,7
Allgemeine Lebenshilfe	0,6	0,7	1,4	1,8	2,4	1,9	1,8	1,9

Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt  
p: vorläufig

und die Sozialleistungsquote sank um einen Prozentpunkt auf 31,2%. Dies ist vor allem auf erhebliche Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen. Zum globalen Rückgang der Ausgaben trugen außerdem neben einem anhaltenden Rückgang der Entschädigungssysteme die gesunkenen indirekten Leistungen und der Rückgang der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bei. Entscheidend für die Gesamtentwicklung waren auch die fast konstant gehaltenen Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Jahr 2005 setzte sich diese Entwicklung voraussichtlich jedoch nicht fort. Die Ausgaben der GKV blieben nicht stabil und die Einführung des Arbeitslosengeldes II führte zu Mehrausgaben im Bereich Arbeitslosigkeit.

### Das funktionale Sozialbudget

9 Die Leistungsseite des Sozialbudgets wird im Wesentlichen unter zwei Betrachtungsweisen erstellt: Zum einen werden die Aufwendungen nach Institutionen gegliedert, zum anderen nach den sozialen Funktionen. In der funktionalen Gliederung werden die Leistungen nach ihrer Zweckbestimmung (Risiken, Schadensursachen), zusammengefasst. Die funktionale Gliederung macht deutlich, welchen Zielen und Risiken durch die Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel eine größere Bedeutung

beigemessen wird. Das nationale Sozialbudget unterscheidet 16 Funktionen in 5 Gruppen (vgl. im Einzelnen Übersicht 2).

10 Der größte Teil der Mittel wird für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung aufgewendet. Gegenwärtig (2004) sind das mit rd. 263 Mrd. Euro fast 40% aller sozialen Leistungen. Nach der Wiedervereinigung ist dieser Anteil nur leicht gestiegen, weil andere Funktionen überproportional gestiegen sind. Dies gilt besonderes für die Beschäftigungsfunktion, deren Leistungen Mitte der 90er Jahre wegen der Arbeitsmarktprobleme erheblich ausgeweitet werden mussten. Sie erreichten 2004 einen Betrag von 68,3 Mrd. Euro; das sind knapp 10% aller Leistungen des Sozialbudgets. Ihr Umfang ist dennoch heute erheblich geringer als der Umfang der Familienleistungen, die 101 Mrd. Euro betragen. Leistungen für Kinder und Jugendliche stiegen zwischen 1995 und 2000 mit der Einführung und Ausweitung des Familienleistungsausgleichs überdurchschnittlich an, während gleichzeitig der Anteil der unter 20jährigen an der Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum stetig abnahm. Seither liegt der Anteil der Familienleistungen bei konstant 10,2% aller Sozialleistungen. Die Aufwendungen für Gesundheit nehmen knapp ein Drittel aller Sozialleistungen in Anspruch (2004: 228 Mrd. Euro).

## Das institutionelle Sozialbudget

*11* Das Sozialbudget gliedert nach Institutionen stellt einen Bezug zur bestehenden Ordnung der sozialen Sicherung her und definiert damit auch zu großen Teilen den Umfang der im Sozialbudget erfassten Sozialleistungen. Die Gliederung nach Institutionen gibt dem Leser außerdem einen Überblick über die finanzielle Bedeutung der in diesem Buch beschriebenen Bereiche des Sozialrechts.

Knapp drei Viertel der Artikel dieses Buches beziehen sich auf die im Sozialbudget enthaltenen Institutionen.

Abweichend vom Sozialrecht sind im Sozialbudget noch die gesetzlich geregelte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die private Altersversorgung (Riester-Rente), die betriebliche Altersversorgung und sonstige Sozialleistungen der Arbeitgeber enthalten. Des Weiteren erfasst das Sozialbudget auch Leistungen zur Vermögensbildung sowie einige steuerliche Maßnahmen (Ehegattensplitting), die keine Sozialleistungen im engeren Sinne darstellen.

Innerhalb der Sozialleistungen liegt das Schwergewicht eindeutig auf der Sozialversicherung (Renten-, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung zuzüglich Alterssicherung der Landwirte). Auf sie entfallen knapp zwei Drittel des Sozialbudgets. Die vergleichbaren Leistungen im öffentlichen Dienst (Pensionen, Familienzuschläge, Beihilfen) nehmen einen Anteil von 7,2%, die der privaten Arbeitgeber (zusammen mit den Versorgungswerken) von 7,6% ein. Mit den übrigen Institutionen – Förder- und Fürsorgesysteme, Familienleistungsausgleich und Entschädigungssysteme – werden vom Staat gezielt Lücken im Gesamtsystem geschlossen; finanziell haben sie mit rd. 13,4% erhebliches Gewicht. Die steuerlichen Maßnahmen machen 5,3% aus.

*12* Die unterschiedliche Entwicklung einzelner Sozialleistungen hat im Laufe der Jahre zu teilweise erheblichen Verschiebungen in der Zusammensetzung des Gesamtbildes geführt. Während die kriegsverursachten Aufwendungen mit zunehmendem zeitlichen Abstand zurückgingen, gewannen die Renten- und auch die Krankenversicherung immer mehr an Bedeutung. Ihre Anteile am Sozialbudget sind seit 1960 von zusammen gut 44% auf inzwischen 51,9% gestiegen. Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt hatte die Rentenversicherung 1960 einen Leistungsumfang von 6,4%; 2004 waren es 10,8%. Die Krankenversicherung erhöhte ihren Leistungsumfang von

3,1% auf 6,2% des Bruttoinlandsprodukts. Infolge der Ausweitung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen seit Mitte der 70er Jahre, der Arbeitsmarktentwicklung nach 1991 in den alten Ländern und der zusätzlich hinzugekommenen erheblichen, strukturellen Arbeitsmarktprobleme in den neuen Ländern nach der Wiedervereinigung hat die Institution Arbeitsförderung ihr Gewicht im Sozialbudget und im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt am deutlichsten erhöht. 1960 hatte diese Institution nur einen Anteil von 1,8% am Sozialbudget, im Jahr 2004 waren es 10,1%. Im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt betragen die Leistungen 1960 0,4%, 2002 waren es 3,3%. Neben der Entwicklung in der Renten- und Krankenversicherung hatte somit zunehmend die Arbeitsförderung die generelle Tendenz der Leistungsstruktur der sozialen Sicherung bestimmt (siehe Übersicht 3).

## Die Finanzierung der sozialen Sicherung

*13* Auskunft über die von der Volkswirtschaft jährlich aufgebrachtene Finanzierungsmittel für sozialstaatliche Zwecke, über ihre Höhe und Zusammensetzung nach Arten und Quellen gibt die Finanzierungsrechnung des Sozialbudgets.

Die Darstellung nach Finanzierungsarten unterscheidet Sozialbeiträge, Zuweisungen und sonstige Einnahmen. Die Sozialbeiträge werden nach einzelnen sozioökonomischen Gruppen (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Selbständige, Rentner, sonstige Personengruppen) differenziert. Die Darstellung nach Finanzierungsquellen lehnt sich eng an die Konzeption der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen an und unterscheidet Unternehmen, Staat, Private Haushalte, Private Organisationen ohne Erwerbszweck und die Übrige Welt; für die neuen Länder kommen die West-Ost-Transfers hinzu.

Die Gliederung nach Arten und Quellen hilft bei der Beurteilung der Belastung der Unternehmen und der Arbeitskosten.

*14* Das Sozialbudget wird im Jahr 2004 zu 59,8% aus Sozialbeiträgen finanziert. 1960 machte diese Finanzierungsart etwas mehr als die Hälfte aus (54,3%). 38,9% stammt aus öffentlichen Zuweisungen (1960: 38,3%). Diese langfristige Verschiebung spiegelt vor allem das überproportionale Wachstum der beitragsfinanzierten Zweige des sozialen Sicherungssystems,

## Übersicht 3: Leistungen nach Institutionen<sup>1)</sup>

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2003p	2004p
<b>Milliarden Euro</b>								
Sozialbudget insgesamt	32,6	86,3	228,5	342,6	562,5	645,9	696,2	690,6
Allgemeine Systeme	15,5	40,4	123,6	199,9	354,8	407,2	446,1	443,3
Rentenversicherung	10,0	26,5	72,4	109,4	184,8	217,4	238,2	239,5
Krankenversicherung	4,8	12,9	45,4	71,6	122,1	132,0	143,3	138,1
Pflegeversicherung	-	-	-	-	5,3	16,7	17,4	17,5
Unfallversicherung	0,9	2,0	4,8	6,6	10,2	10,8	11,3	11,4
Arbeitsförderung	0,6	1,8	11,7	25,0	65,7	64,6	73,3	73,6
Sondersysteme	0,1	0,6	1,9	3,3	4,6	5,2	5,8	5,9
Altersicherung der Landwirte	0,1	0,5	1,4	2,3	3,2	3,3	3,3	3,2
Versorgungswerke	0,0	0,1	0,5	1,0	1,4	2,0	2,5	2,7
Leistungssysteme d. öffentl. Dienstes	4,9	12,3	23,7	32,8	42,0	48,9	52,8	52,9
Pensionen	3,5	8,1	16,8	22,6	28,3	33,0	35,8	36,0
Familienzuschläge	1,1	3,2	3,9	5,0	6,4	7,0	6,9	7,0
Beihilfen	0,3	1,0	2,9	5,2	7,3	8,9	10,0	10,0
Leistungssysteme der Arbeitgeber	2,4	9,5	25,1	40,3	53,4	56,1	54,7	52,6
Entgeltfortzahlung	1,5	6,5	14,7	20,3	28,3	27,1	24,9	22,7
Betriebliche Altersversorgung	0,6	1,6	4,4	10,0	14,6	17,5	18,7	19,0
Zusatzversorgung	0,2	0,9	3,0	5,7	6,6	8,1	8,5	8,3
Sonstige Arbeitgeberleistungen	0,1	0,6	2,9	4,4	3,9	3,4	2,7	2,6
Entschädigungssysteme	4,1	6,0	8,9	8,4	9,3	6,5	5,6	5,2
Soziale Entschädigung	2,0	3,8	6,8	6,5	7,1	5,1	4,5	4,1
Lastenausgleich	1,0	0,9	0,9	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1
Wiedergutmachung	1,1	1,2	1,1	0,9	1,6	1,2	0,9	0,9
Sonstige Entschädigungen	0,0	0,2	0,2	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1
Förder- und Fürsorgesysteme	1,6	6,5	25,5	34,7	62,1	53,0	56,8	57,2
Sozialhilfe	0,6	1,7	6,8	14,8	27,7	25,9	27,7	28,1
Jugendhilfe	0,3	0,9	4,3	6,8	15,0	17,2	17,9	17,7
Kindergeld	0,5	1,5	8,8	7,4	10,9	0,1	0,1	0,1
Erziehungsgeld	-	-	-	2,5	3,9	3,7	3,5	3,4
Ausbildungsförderung	0,0	0,3	1,6	0,4	1,0	0,9	1,5	1,5
Wohngeld	0,0	0,3	1,0	2,0	3,2	4,3	5,2	5,6
Leistungen zur Vermögensbildung	0,2	1,7	3,0	0,8	0,6	0,8	0,9	0,8
Direkte Leistungen insgesamt	28,7	75,2	208,5	319,1	525,6	576,2	620,6	616,1
Indirekte Leistungen	3,9	11,1	20,0	23,5	36,9	69,8	75,6	74,5
Steuerliche Maßnahmen (ohne FLA)	3,9	11,1	20,0	23,5	36,9	38,1	39,5	38,6
Familienleistungsausgleich (FLA)	-	-	-	-	-	31,7	36,1	36,0

Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

1) Leistungen der Institutionen ohne Verrechnungsausgaben; Institutionsgruppen konsolidiert um Beitragszahlungen der Institutionen untereinander, den Beiträgen des Staates für Empfänger sozialer Leistungen.

p: vorläufig

aber auch Veränderungen der Finanzierungsanteile innerhalb von Institutionen wider (siehe Übersicht 4). Allerdings sinkt der Anteil der Sozialbeiträge seit der Wiedervereinigung kontinuierlich (um fast 10%) und wird durch öffentliche Zuweisungen (letztendlich Steuern) ersetzt, deren Anteil um über 20% gegenüber 1991 gestiegen ist. Das Verhältnis von Steuern und Sozialbeiträgen gestaltet sich heute wieder so wie zuletzt Ende der 70er Jahre. Der überdurchschnittliche Anstieg der Zuweisungen (Steuern) seit den 90er Jahren ist in erster Linie auf den gestiegenen Zuschuss des Bundes zur Rentenversicherung zurückzuführen und teilweise auch auf das gestiegene Kindergeld (Familienleistungsausgleich).

Der Staat trägt damit die Hauptlast der Budgetfinanzierung (insgesamt 45,2% aller Finanzmittel als

Finanzier mit Zuweisungen und als Arbeitgeber mit Beiträgen). 1960 waren dies noch 44,7%. Die beschriebene Entwicklung verdeckt erneut, dass der Finanzierungsanteil des Staates 1995 nur 40,6% betrug und seit 1978 immer unter 44% lag. Der gestiegene Anteil des Staates an der Finanzierung seit der Wiedervereinigung resultiert aus der Zunahme der Steuerfinanzierung (öffentlichen Zuweisungen) der sozialen Leistungen. Unternehmen und private Haushalte (letztere schließen die Arbeitnehmer mit ein) tragen heute mit jeweils 26,5% zur Finanzierung bei. Dabei hat sich der Anteil der privaten Haushalte seit 1960 stark erhöht - dies ist in erster Linie Folge gesteigerter Eigenbeiträge der Leistungsempfänger (z. B. die Beiträge der Rentner für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung), die den privaten Haushalten

**Übersicht 4: Finanzierung**

	Finanzierung nach Arten (in Milliarden Euro)							
	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2003p	2004p
Sozialbudget, insgesamt	35,4	91,6	238,6	363,5	573,4	671,9	712,0	709,4
Sozialbeiträge	19,2	52,6	146,8	242,4	367,5	415,7	426,4	424,1
der Versicherten	6,8	18,7	52,9	95,3	152,5	173,4	182,7	185,1
– Arbeitnehmer	6,1	16,7	46,7	78,2	124,8	142,3	147,8	147,7
– Selbständigen	0,2	0,5	2,5	4,2	6,6	7,3	8,3	8,7
– Rentner	0,2	0,1	0,3	6,7	12,3	15,3	17,1	16,0
– sonstigen Personen	0,2	1,4	3,4	6,1	8,8	8,6	9,5	12,6
der Arbeitgeber	12,4	33,9	93,9	147,1	215,0	242,3	243,7	239,0
– Tatsächliche Beiträge	8,1	19,2	56,2	92,3	147,4	165,7	172,1	170,2
– Unterstellte Beiträge	4,4	14,6	37,8	54,9	67,6	76,6	71,6	68,8
Zuweisungen	14,7	36,8	88,4	114,8	197,4	245,6	276,3	275,9
Aus öffentlichen Mitteln	13,5	34,6	83,8	109,6	189,6	240,6	272,7	272,3
Sonstige Zuweisungen	1,1	2,1	4,7	5,2	7,9	5,0	3,6	3,5
Sonstige Einnahmen	1,5	2,2	3,3	6,2	8,4	10,7	9,3	9,5

	Finanzierung nach Quellen (in Milliarden Euro)							
	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2003p	2004p
Sozialbudget, insgesamt	35,4	91,6	238,6	363,5	573,4	671,9	712,0	709,4
Unternehmen	12,1	29,8	78,4	121,7	174,5	194,7	191,5	187,8
Bund	9,1	22,3	56,2	69,7	119,7	147,4	170,7	170,4
Länder	4,9	12,8	28,1	37,6	57,7	76,7	83,7	83,0
Gemeinden	1,8	6,4	18,6	31,1	55,5	63,4	67,1	66,9
Sozialversicherung	0,1	0,2	0,8	1,2	2,1	2,4	2,4	2,3
Private Organisationen	0,4	0,8	2,7	5,1	8,8	10,1	10,5	10,2
Private Haushalte	7,1	19,2	53,8	96,9	154,8	176,7	185,9	188,2
Übrige Welt	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3

Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.  
p: vorläufig

zugerechnet werden. Der Anteil der Unternehmen ist seit 1960 (34,3%) erheblich gesunken ist und erreicht im Jahr 2004 einen historischen Tiefstand.

**Finanzierungssaldo**

15 Der Finanzierungssaldo ergibt sich als Differenz aus Einnahmen und Ausgaben des Sozialbudgets (siehe Übersicht 5).

**Übersicht 5: Einnahmen, Ausgaben und Finanzierungssaldo des Sozialbudgets**

	Ein- nahmen	Aus- gaben	Finanzierungssaldo <sup>1)</sup>		West-Ost transfer	Anteil an Einnahmen im Osten
			Alte Länder	Neue Länder		
- Milliarden Euro -						
1960	35,4	32,6	2,8			
1970	91,6	86,3	5,3			
1980	238,6	228,5	10,1			
1990	363,5	342,6	20,9			
1995	573,4	562,5	8,7	2,1	20,4	20%
2000	671,9	645,9	20,6	5,4	25,8	21%
2003p	712,0	696,2	9,0	6,7	28,6	21%
2004p	709,4	690,6	12,5	6,4	26,9	20%

Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.  
p: vorläufig

Er entspricht – nach Konsolidierung des Verrechnungsverkehrs zwischen den Institutionen – der Summe der Salden derjenigen Institutionen, die ihre

Ausgaben und Einnahmen über konkrete Einrichtungen abwickeln und daher über ein vollständiges und abgeschlossenes Rechnungswesen verfügen. Es sind dies die Rentenversicherung, die Arbeitsförderung, die Kranken- und Pflegeversicherung, die Unfallversicherung, die Sondersysteme (in der Alterssicherung der Landwirte erfolgt Defizitdeckung durch den Bund), die Betriebliche Altersversorgung und die Zusatzversorgung. Die übrigen Institutionen sind abstrakter Natur; diesen werden im Sozialbudget rechnerisch Einnahmen (Zuweisungen, unterstellte Beiträge) genau in Höhe ihrer Ausgaben zugewiesen, so dass ihre Finanzierungssalden definitionsgemäß Null sind.

16 Ein West-Ost-Transfer wird von der Renten-, Kranken-, und Arbeitslosenversicherung gezahlt. Dieser Transfer entspricht in etwa dem Defizit der Sozialversicherungssysteme in den neuen Ländern. Er liegt allerdings etwas über dem Gesamtdefizit in den neuen Ländern, da dort die Betriebliche Altersversorgung und die Zusatzversorgung noch in einer Anspannphase befinden und einen leicht positiven Saldo aufweisen. Ohne den West-Ost-Transfer, der gut 20% der Finanzierung der Sozialleistungen in den neuen Ländern ausmacht, läge das Defizit dort seit 1992 jährlich bei ca. 20 Mrd. Euro.

## Das Europäische Sozialbudget

17 Das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften (EUROSTAT) hatte in den 70er Jahren gemeinsam mit den Mitgliedstaaten eine Statistik zur Erfassung des Sozialschutzes entwickelt. Diese anfangs noch in Form von Sozialkonten geführte Statistik wurde 1981 in dem Europäischen System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS) zusammengefasst und 1995 methodisch gründlich überarbeitet (ESSOSS Handbuch 1996).

Anders als das nationale Sozialbudget, dessen heutiger Umfang eher das Ergebnis einer historisch-pragmatischen Entwicklung ist, muss der in ESSOSS erfasste Umfang des Sozialschutzes strengeren Kriterien genügen, um die Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedstaaten zu gewährleisten. Nicht alle im nationalen Budget enthaltenen Sozialleistungen gehen deshalb in ESSOSS ein und der Leistungsumfang und die Sozialleistungsquote nach ESSOSS sind daher niedriger (siehe Grafik 2). Nicht erfasst werden die indirekten Leistungen, die Leistungen zur Vermögensbildung, Arbeitgeberleistungen, die als Arbeitsentgelt angesehen werden, und Bildungsausgaben (Ausbildungsförderung). Das Kernsystem von ESSOSS wird durch die Module „Leistungsempfänger von Renten“ und „Nettosozialleistungen“ erweitert. Letzteres erfasst zumindest teilweise die indirekten Leistungen.

Auch ESSOSS gliedert die Leistungen nach Institutionen, Arten und Funktionen. Es verfügt aber nur über 8 Funktionen (Krankheit, Invalidität, Alter, Hinterbliebene, Familie / Kinder, Arbeitslosigkeit, Wohnen, Soziale Ausgrenzung). Innerhalb der Funktionen werden funktionspezifische Kategorien unterschieden. Separat erfasst werden Verwaltungskosten und sonstigen Ausgaben. Die Methodik hinsichtlich der Finanzierung entspricht weitgehend der deutschen.

18 Die Ergebnisse der Sozialschutzstatistik werden von EUROSTAT aufgrund des von den Mitgliedstaaten nach der vorgeschriebenen Methodik erfassten und aufbereiteten Zahlenmaterials erstellt und jährlich veröffentlicht. Zudem veröffentlicht EUROSTAT regelmäßig detaillierte Analysen über Rentenleistungen und Leistungen für Familien.

19 Grafik 2 zeigt, dass im Jahre 2003 die Sozialleistungsquote Deutschlands an vierter Stelle lag. An erster Stelle liegt traditionell die Sozialleistungsquote Schwedens. Die Grafik zeigt außerdem, dass

Deutschland neben Portugal und Griechenland den größten absoluten und prozentualen Zuwachs der Quote seit 1995 aufweist. In diesen drei Ländern ist ein auch ein kontinuierlicher Anstieg der Quote zu verzeichnen (zusammen mit Italien); ganz im Gegensatz zu fast allen der anderen Mitgliedstaaten, in denen im Jahr 2000 besonders aufgrund der konjunkturellen Entwicklung die Sozialleistungsquote gegenüber 1995 fällt und dann bis zum Jahr 2003 aber wieder ansteigt. Deutschland (genauso wie Portugal und Griechenland) ist es nicht gelungen in der Phase zwischen 1998 und 2000 ein BIP-Wachstum zu erzielen, das den politisch beabsichtigten Anstieg der Sozialleistungen entsprach. In Deutschland lag der Schwerpunkt dieses Anstiegs eher auf familienpolitischen Aspekten, während in Portugal und Griechenland der Ausbau der staatlichen Rentensysteme fortgesetzt wurde.

20 Zur Beurteilung des sozialen Sicherungsniveaus in den einzelnen Mitgliedsstaaten ist die Sozialleistungsquote alleine freilich nur beschränkt tauglich; vielmehr müssen vor allem unterschiedliche Lohn- und Preisniveaus und unterschiedliche Beanspruchungen der sozialen Sicherungssysteme in Rechnung gestellt werden. Grafik 3, in der die Sozialleistungen pro Kopf der Bevölkerung in Kaufkraftstandards dargestellt werden, macht deutlich, dass Deutschland nur an achter Stelle liegt, wenn man die unterschiedlichen Lohn- und Preisniveaus und die Inanspruchnahme zu berücksichtigen versucht. Das entspricht relativ genau dem Durchschnitt der Europäischen Union bezogen auf die 15 Mitgliedsstaaten bis Mai 2004. Hier liegt Luxemburg vorne; allerdings überzeichnet der Wert die Höhe der Sozialausgaben insofern, als dass – im Gegensatz zu allen anderen Ländern – in Luxemburg ein großer Teil der Sozialleistungen an Personen ausgezahlt wird, die außerhalb des Landes leben, ehemalige Gastarbeiter und Grenzgänger.

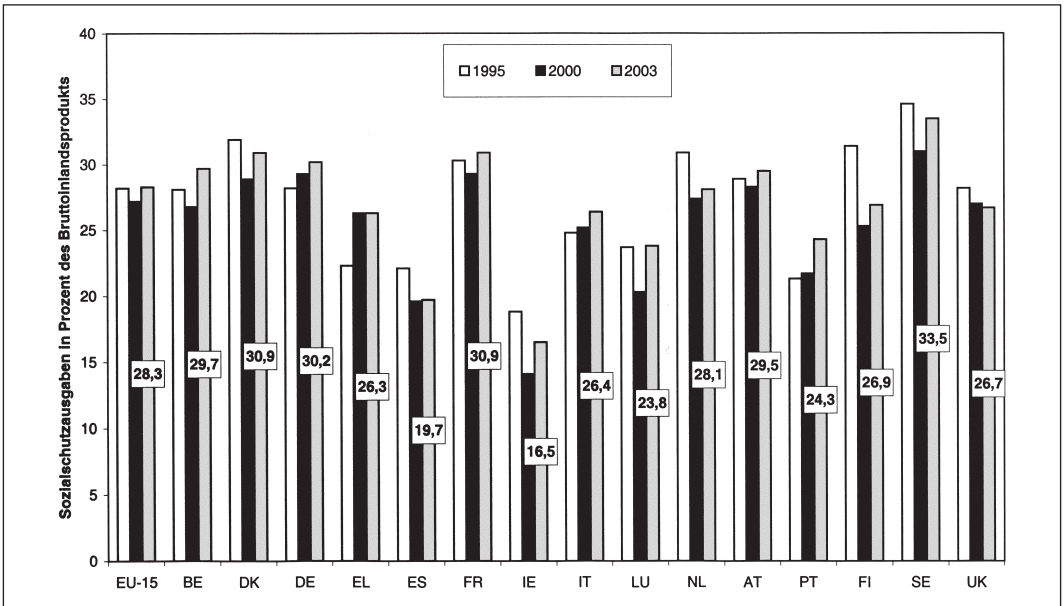
21 Letztendlich sind die von Eurostat veröffentlichten Bruttosozialleistungen nur bedingt vergleichbar, denn unterschiedliche Steuersysteme in den einzelnen Ländern führen zu unterschiedlichen Differenzen zwischen Brutto- und Nettoleistungen. Nettoleistungen erhält man, indem von den Bruttoleistungen die auf sie gezahlten Steuern und Sozialbeiträge abgezogen und in einem zweiten Schritt die steuerlichen Leistungen hinzugerechnet werden. Die so gewonnenen Ergebnisse dokumentieren die Ausgaben, die die Leistungsempfänger tatsächlich erhalten. Daten liegen erst für sehr wenige Länder vor, aber



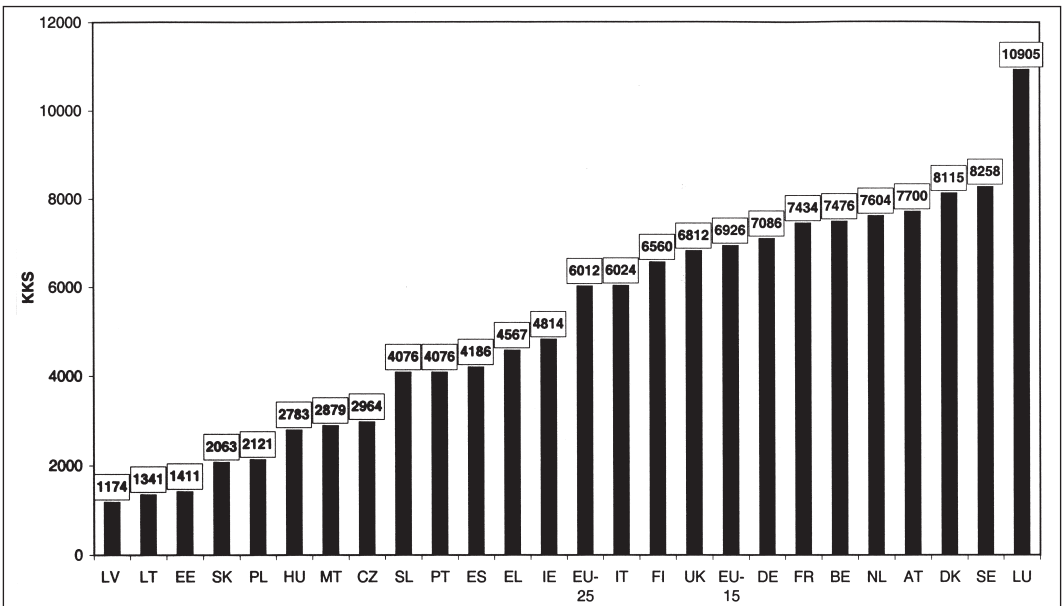
ein Ergebnis kann festgehalten werden: die Nettosozialleistungsquote in Deutschland im Jahr 2001 liegt höher als in Schweden. Denn während in Schweden

im Durchschnitt ca. 25% Steuern und Sozialbeiträge auf die sozialen Barleistungen gezahlt werden, sind es in Deutschland nur etwa 9%.

**Grafik 2 Sozialleistungsquoten 1995, 2000 und 2003 für die 15 Mitgliedstaaten der EU**



**Grafik 3 Sozialschutzausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Kaufkraftstandards (KKS) im Jahr 2003**





# Stichwortverzeichnis

## A

Abfindung	431, 718	für Kindergeld	762
der Witwenrente und Witwerrente	436	für Vertragsärzte	197
von Renten	433	Altersrente	267
von Witwen- und Witwerzusatzrenten bei Wiederheirat	727	für Frauen	274
Abgeltung des wirtschaftlichen Schadens	904	für langjährig Versicherte	275
Abgesenkte Leistungen	870	für schwerbehinderte Menschen	275
Abitur-Nachholphase	811	wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteil- zeitarbeit	273
Abkommen		Alterssicherung der Landwirte	739
mit den Anwerbeländern	929	Altersteilzeit	703
mit den Auswanderungsländern	930	Altersteilzeitförderung (Altersteilzeitgesetz)	78
Abschluss (Lastenausgleich)	883	Altersvermögens-Ergänzungsgesetz	288
Absetzbeträge	33	Altersvermögensgesetz	327
Abweichende Erbringung von Leistungen	29	Altersvorsorgeverträge	328
Abzweigung	12, 766	Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz	328
Additive Berücksichtigung der Kinder- erziehungszeit	338	Ambulant vor stationär	170
Agrarsozialreform	740	Ambulante	
Aktivierende Maßnahmen	630	ärztliche Versorgung	193
Aktivierungshilfen	50	Rehabilitation vor Pflege	170
Aktueller Rentenwert	311	Vergütungsregelung	546
Alimentationsprinzip	700, 703, 709	Ambulantes Operieren durch Krankenhäuser	221
Allgemeine		Amtsermittlungsgrundsatz	14, 632, 945
Mindestbemessungsgrundlage	155	Andere Aufgaben (Kinder- und Jugendhilfe)	453
Pflegeleistungen	537	Anerkennungsverfahren (Werkstätten für behinderte Menschen)	481
Allgemeine Rentenversicherung	689	Angleichung des aktuellen Rentenwerts (Ost) an aktuellen Rentenwert	407
Allgemeiner		Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter- tätigkeit	904
Beitragssatz	158	Anhebung der Altersgrenzen	268
Bundeszuschuss	364	Anlegung des Vermögens	122
Vermögenseinsatz	666	Anerkennung von Bildungsträgern	52
Alt-Anwartschaften	719	Anpassung	749
Alte Versorgung	393	der Betriebsrente	717
Altenhilfe	659	der Einkommensgrenzen	882
Ältere Arbeitssuchende	22	der Geldleistungen	436
Altersbegrenzung	804	der Leistungen	521
Altersfaktor	714	der Renten in den neuen Bundesländern	405
Altersgrenze		der Unterhaltshilfe	880
für BAföG	811	der Versorgungsbezüge	707

# Stichwortverzeichnis

der Versorgungsbezüge	912	mit Mehraufwandsentschädigung (Zusatzjobs)	25
Anrechenbare Renten	733	Arbeitskämpfe	46, 76
Anrechnung		Arbeitslosengeld II	85, 361, 526
beim Zusammentreffen von Versorgungs-		Arbeitslosengeld	70, 73
bezügen mit sonstigen Einkünften	707	Arbeitslosigkeit	43, 70
und Bewertung von Zeiten des Bezugs von		Arbeitsmarktbedingte Rente wegen voller	
Lohnersatzleistungen	376	Erwerbsminderung	648
von Einkommen bei Witwen- und Witwer-		Arbeitsmarktberatung	8, 15
renten	313	Arbeitsverhältnis	91
von Einkommen und Vermögen	809	Arbeitsvermittlung	46
von Leistungen	765	Arbeitszeitvereinbarung	78
von Vermögen	814	Arznei- und Heilmittelvereinbarungen	210
Anrechnungsverordnung	905	Arzneimittel	209
Anrechnungszeiten	292, 390	Arztdichte	196
ohne Bewertung	307	Ärztliche	
Anschubfinanzierung Ost	506, 555	Behandlung	171
Ansparmodelle	102	Vergütung	197
Anspruch		Asylbewerber	861
auf Bildungskredit	823	Asylbewerberleistungsgesetz	861
auf Erziehungsgeld	768	Asylbewerberleistungsstatistik	872
auf Krankenhausbehandlung	220	Asylkompromiss	861
ausländischer Hilfebedürftiger (SGB II)	19	Aufbau einer teilstationären Infrastruktur	554
Anspruchsübergang	39	Aufbaugesetzgebung	127
Antrag		Aufenthaltort des Kindes	764
auf Erziehungs- und Mutterschaftsgeld	769	Auffüllbetrag (Rentenversicherung)	401
auf Kindergeld	766	Aufgabe	
Antragserfordernis	519	der Arbeitsförderung	43
Antragssprinzip	448, 650, 675, 844	der Ausbildungsförderung	784
Antragstellung	8	der Berufsständischen Versorgungswerke	694
Antragsverfahren		der Eingliederungshilfe für behinderte	
bei Auslandsausbildung	796	Menschen	653
bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit	524	der Gemeinsamen Vorschriften	83
Anwartschaftsversicherung freiwillig		der Hilfen für Spätaussiedler	887
Versicherter	157	der Hüttenknappschaftlichen Zusatz-	
Anwartschaftszeit (Alg)	72	versicherung	726
Anzurechnendes Einkommen (BAföG)	809	der Kinder- und Jugendhilfe	443
Äquivalenzprinzip	86, 272	der Krankenversicherung	132
Arbeitgebermodell	540	der Künstlersozialversicherung	689
Arbeitgeberprüfung	93	der Seemannskasse	721
Arbeitgeberzuschuss für Beschäftigte	163	der Sozialhilfe	623
Arbeitnehmerähnliche		der Unfallversicherung	419
Selbständige	94, 104, 255, 259, 373	der Zusatzversicherung bei der Versorgungs-	
Arbeitsaufnahme und Aufnahme einer		anstalt des Bundes und der Länder	713
selbständigen Tätigkeit	53	der Zusatzversorgung für Bezirks-	
Arbeitsbeschaffung	61	schornsteinfegermeister	731
Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen	24	der Zusatzversorgung in der Land- und	
Arbeitseinkommen	110	Forstwirtschaft	735
Arbeitsentgelt	109, 153	des Beamtenversorgungsrechts	700
Arbeitsförderung	43, 785	des Bildungskredits	822
Arbeitsgelegenheiten	24, 869	des Bundeserziehungsgeldgesetzes	767
mit Entgelt	25	des Lastenausgleichs	875

des Sozialbudgets	951	Auskunftspflicht des Beschäftigten	115
des Wohngeldgesetzes	843	Auskunftsservice durch Rentenversicherungs-	
Aufgeschobener Vermögenseinsatz durch		träger	383
Darlehensgewährung	668	Ausländer	768, 861
Aufklärung	7, 483	Auslandsausbildung	790
Aufnahme		Auslandsförderung	790
einer Beschäftigung	53	Auslandspraktikum	794
einer selbständigen Tätigkeit	57	Auslandsrentenrecht	336
Aufnahmehilfen	889	Ausschüsse	685
Aufnahmeland	889	Außergerichtlicher Vergleich	947
Aufrechnung	12, 637	Aussiedlungsgebiete	888
Aufsicht	686, 766	Ausstrahlung	87, 330
Aufsichtsbehörden (Erziehungsgeld)	772	inländischer Beschäftigungsverhältnisse	925
Aufsichtsdienst der Unfallversicherungsträger	421	Auszahlung von Geldleistungen	11
Aufstiegsfortbildungsförderung (AFBG)	777, 824	aut-idem-Regelung	213
Aufstocker	16	Automatisierter Datenabgleich	499, 675, 872
Aufstockungsbeträge	79		
Ausbildung		<b>B</b>	
im Ausland	790	Bachelor- oder Bakkalaureus-	
im dualen System	784, 787	studiengang	775, 801, 822
Ausbildungs-Anrechnungszeiten	292	Bagatellstreitigkeiten	947
Ausbildungsförderung		Barrierefreiheit	459
nach dem Abbruch einer früheren Ausbildung	801	Beamte	108, 163, 699
nach einem Fachrichtungswechsel	801	Beamtenversorgung	700
Ausbildungsgeld	61	Bedarfsdeckungsgrundsatz	624, 636
Ausbildungsgeprägte Bedarfe	20	Bedarfsplanung	196
Ausbildungsstätten	790	Befreiung von der	
Ausbildungsvermittlung	47	Versicherungspflicht	150, 196, 258, 385, 509,
Ausgelagerte häusliche Krankenpflege	173		742, 757
Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors	408	Befreiungsrechte	530
Ausgleich		Beginn	
schädigungsbedingter Mehraufwendungen	907	der Beihilfe	736
von Einnahmen und Ausgaben	152	der Betriebsrente	715
Ausgleichsleistung	737	der Renten	333
Ausgleichsrente	905, 909	der Zusatzrenten	729
Auskunft		der Versicherungspflicht	45
über das Kindergeld	767	Begrenzte Gesamtleistungsbewertung	307
über das Wohngeld	852	Begriff	
über die Alterssicherung der Landwirte	757	der Beschäftigung	90
über die Berufsständischen Versorgungswerke	697	der Pflegebedürftigkeit	504
über die Gesetzliche Rentenversicherung	383	der Pflegebedürftigkeit	521
über die Hilfen für Spätaussiedler	892	der Sozialversicherung	84
über die Kinder- und Jugendhilfe	456	des Einkommens im SGB XII	662
über die Rehabilitation und Teilhabe		des Kindes	761
behinderter Menschen	483	Begutachtung durch den Medizinischen Dienst	525
über die Sozialversicherung	8	Behandlungsfehler	234
über die Unfallversicherung	440	Behinderte Menschen	377, 459
über die Zusatzversorgung in der Land- und		Behördenführungszeugnis	446
Forstwirtschaft	738	Beihilfe in Krankheits-, Pflege und Geburts-	
Auskünfte an Versicherte	187	fällen	709
Auskunfts- und Beratungsstellen	383, 822		

# Stichwortverzeichnis

Beihilfeberechtigte Personen	709	zum Wohngeld	852
Beihilfefähige Aufwendungen	709	zur Gesetzlichen Rentenversicherung	383
Beihilfen	431	zur Grundsicherung für Arbeitsuchende	40, 46
im Krankheitsfall	709	zur Hüttenknappschaftlichen Zusatz-	
im Pflegefall	710	versicherung	731
in der Zusatzversorgung in der Land- und		zur Internationalen Sozialen Sicherung	933
Forstwirtschaft	736	zur Kinder- und Jugendhilfe	456
Beitrags-/Leistungsäquivalenz	358	zur Rehabilitation und Teilhabe	483
Beitragsbemessungsgrenze	153, 527, 692	zur Seemannskasse	726
in den neuen Bundesländern	415	zur Sozialversicherung	7
Beitragsbemessungsgrundlage	298, 353, 355	zur Versorgungsanstalt des Bundes und	
bei Altersteilzeitarbeit	360	der Länder	721
bei Beziehen von Lohnersatzleistungen	361	zur Zusatzversorgung für Bezirksschornstein-	
bei selbständig Tätigen	375	fegermeister	735
bei Wehr-/Zivildienstleistenden	361	Beratungsprüfung	231
Beitragsbonus	57	Beratungsstellen	
Beitragseinzug	114	der Alterssicherung der Landwirte	757
Beitragsentlastungsgesetz	141	der Berufsständischen Versorgungswerke	697
Beitragsersatzung	718, 727, 729, 364	der Hilfen für Spätaussiedler	892
Beitragsfestsetzung	740	der Unfallversicherung	440
Beitragsfreie Einnahmen / Beitragsfreiheit	157	des Kindergeldes	767
Beitragsfreie Zeiten	291	Berechnung	
Beitragsfreiheit	528	der Betriebsrente nach dem Punktemodell	715
Beitragsgeminderte Zeiten	292, 295, 308	der Hinterbliebenenrenten	758
Beitragspflichtige Einnahmen	355	der Rente an mitarbeitende Familien-	
der Selbständigen	155	angehörige	749
freiwilliger Mitglieder	154	der Renten für Hinterbliebene nach	
versicherungspflichtiger Beschäftigter	153	Übergangsrecht	753
versicherungspflichtiger Rentner	153	der Renten für Hinterbliebene	751
Beitragssatz		der Renten nach Übergangsrecht	753
aus der Rente	158	der Waisenrenten	315
aus Versorgungsbezügen und Arbeits-		der Witwen- und Witwerrenten	312
einkommen	159	der Zusatzrenten	728
für Bezieher von Arbeitslosengeld II	158	des Einkommens	770
für Studenten und Praktikanten	158	Berechnungsgrundlage für die Renten	432
in der Künstlersozialversicherung	692	Berechtigte	
in der Pflegeversicherung	157, 527	der Auslandsausbildung	790
Beitragssatzstabilität	138, 140, 184, 198, 222, 543	der Hüttenknappschaftlichen Zusatz-	
Beitragstragung	528	versicherung	727
Beitragszeiten	291, 389, 741	der Soziale Entschädigung	895
Beitragszuschüsse	113, 163, 181, 528, 533	der Zusatzversorgung für Bezirksschornstein-	
Beitrittsrecht	510, 531	fegermeister	732
Bemessung		der Zusatzversorgung in der Land- und	
der Kriegsschadenrente	879	Forstwirtschaft	735
der Regelsätze	640	des Bundeserziehungsgeldgesetzes	767
Bemessungsgrundlage	528	des Kindergeldes	760
Bemessungsgrundsätze	543	des Unterhaltsvorschusses	774
Beratung		nach dem Pensionsstatut Carl-Zeiss Jena	414
in Fragen der Partnerschaft	447	Bergleute	368
in Fragen zur Ausübung der elterlichen Sorge		Berliner Abkommen	127
nach Trennung und Scheidung	447	Berücksichtigte Kinder	761



Berücksichtigung		sozial erfahrener Dritter	674
einmaliger Einnahmen	35	Betreuer Umgang	447
von Einkommen	32	Betriebliche	
von Vermögen	36	Altersversorgung	332
Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung		Ausbildungen	784
und wegen häuslicher Pflege	296	Berufsbildung	94
Berufsausbildungsbeihilfe	49	Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse	487
für Arbeitslose	50	Betriebskostenzuschüsse	549
Berufsberatung	8, 15, 473	Betriebsmittel	121
Berufsbildung	94	Betriebsrente	715
Berufsbildungsbereich (Werkstätten für behinderte Menschen)	481	Bewertungsausschuss	198
Berufsfindung	473	Bewilligung	
Berufsfördernde		von Erziehungsgeld und Mutterschaftsgeld	769
Bildungsmaßnahmen	475	von Wohngeld	851
Maßnahmen zur Rehabilitation	785	Bewilligungszeitraum	811
Berufsschadensausgleich	905	Beziehungen	
Berufsständische Versorgungswerke	85, 694	der Leistungsträger zu Dritten	492
Berufsunfähigkeit	696	der Pflegekassen zu den Pflegeeinrichtungen	535
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme	473, 82	Bezirksschornsteinfegermeister	375
Berufung	940, 947	Bezug	
Beschädigte	895	von BAföG-Leistungen	804
Beschäftigung	91	von Kranken-, Mutterschafts- oder Erziehungsgeld	157
Beschäftigung in der Gleitzone	100	Bezugsgröße	111
Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung	63	Bildung für behinderte Menschen	471
Beschäftigung während Zeiten der Freistellung		Bildungsgutschein	51
von der Arbeitsleistung	102	Bildungskredit	777, 822, 824
Beschäftigungslandprinzip	928	Bildungspendler	789
Beschäftigungslosigkeit	70	Blindenführzulage	907
Beschäftigungsprinzip	86, 88, 106	Blindenhilfe	659
Beschwerde	950	Blockmodell	102
Besondere		Bonuspunkte	717
Förderungsmöglichkeit für Ältere	52	Bonusregelung	184
Formen der Beschäftigung	95	Budget (Erziehungsgeld)	770
Hilfen für schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben	477	Budgetierung	139, 185
Leistungen	60	Budgetverordnung	464
Regelungen für behinderte Menschen in Einrichtungen	654	Bundesagentur für Arbeit	59
Verfahrensbestimmungen in der Grund-sicherung	650	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	463
Besonderheiten		Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)	789
bei chronisch Kranken	183	Bundeserziehungsgeldgesetz	767
bei Sozialhilfeempfängern	183	Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung	777
Bestandskraft von Verwaltungsakten	489	Bundessozialgericht	940, 948
Bestattungsgeld	911	Bundessozialhilfegesetz	624
Bestattungskosten	659	Bundesversorgungsgesetz	900
Besteuerung der Renten	344	Bundeszuschuss	415, 756
Bestimmung des Einkommens	32	Bußgeldvorschriften	116
Beteiligung		<b>C</b>	
des Bundes	740	Chancengleichheit	473

# Stichwortverzeichnis

## D

Darlehen	815
bei unabweisbarem Bedarf	29
bei vorübergehender Notlage	646
bei zu erwartenden Einnahmen	31
Darlehensdeckelung	819
Darlehensgewährung	639
Darlehenssteilerlass	817
bei Kindererziehung und -betreuung	819
bei überdurchschnittlichem Studienerfolg	817
bei vorzeitigem Studienabschluss	818
bei vorzeitiger Darlehensrückzahlung	819
bei Weiterförderung über die Förderungs- höchstdauer hinaus wegen einer Behinderung	819
Datenerhebung	494
Datennutzung	495
Datenschutz	186, 493
Datenschutzaufsicht	498
Datenspeicherung	495
Datentransparenz	186
Datenübermittlung	495
Datenveränderung	495
Dauer von Weiterbildungsmaßnahmen	51
Dauerzulagenantrag	330
Degressiver Punktwert	209
Delegationsgemeinden	672
Drei in Fünf-Erfordernis	745, 747
DRG-Vergütungssystem	221
Drittstaatsangehörige	926, 928
Dualer Studiengang	95, 109
Duales Finanzierungssystem	540
Durchführung	
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	40
der Umlageverfahren U 1 und U 2	165
Dynamisierung	893
der Versorgungsleistungen	733

## E

Eckregelsatz	642
EG-Abkommen mit der Schweiz (Vierseitiges Abkommen)	929
Ehegattenzuschlag	905
Ehemalige politische Häftlinge	889
Ehrenamtlich Tätige	381
Ehrenamtliche	
Pflege	108
Pflegepersonen	517
Richter	941
Ehrenamtlicher Bürgermeister	108

Ehrenamtlichkeit	107
Eigenbemühungen	70
Eigene Rente und Witwen-/Witwerrente	154
Eigenständige Sicherung der Bäuerin	740, 753
Eignung und Neigung	473
Eilfall	636
Eingetragene Lebenspartnerschaft	290, 741
Eingliederung	22
Eingliederung in Arbeit	21
Eingliederungsbilanz	69
Eingliederungshilfe	
für behinderte Menschen	472, 653
für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	450
Eingliederungshilfe-Verordnung	483
Eingliederungsmaßnahmen	23
Eingliederungsprinzip	334, 410, 924, 930
Eingliederungstitel	68
Eingliederungsvereinbarung	22, 47
Eingliederungszuschüsse	55
Eingriffe in die Leistungsansprüche	11
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	198
Einheitlichkeit des Trägers von Pflege- und Krankenversicherung	530
Einigungsbedingte Leistungen	416
Einkommen des Auszubildenden	813
Einkommensgrenzen	770
für Leistungen	663
Einmalige	
Bedarfe	639
Eingliederungshilfen	891
Leistungen	639
Unfallentschädigung	705
Einmalzahlungen	98, 110
Einnahmen bei flexibler Arbeitszeitregelung	110
Einrichtungen	660
Einsatz	
des Einkommens	661
des Vermögens	663
von Einkommen und Vermögen	454, 669, 869
Einschränkungen	
bei der Sozialhilfe	636
der Anrechnung von Einkommen und Vermögen	669
der Leistung	646
der Leistungsberechtigung für im Ausland lebende Deutsche	634
der Leistungsberechtigung für im Inland lebende Personen	633
Einstellungszuschüsse bei Neugründungen	58
Einstiegs geld	24

Einstrahlung	87	Ermittlung der Entgeltpunkte	
Einstweilige Anordnung	945	aus durchgeführtem Rentensplitting unter	
Einstweiliger		Ehegatten	304
Rechtsschutz	945	aus pauschalen Arbeitgeberbeiträgen für	
Ruhestand	705	Entgelte aus geringfügiger Beschäftigung	305
Einziehung des Staatsdarlehens	817	für Beitragszeiten	298, 390
Eltern-Rechnung	813	für beitragsfreie und beitragsgeminderte	
Elternrente	436	Zeiten	305
Elternunabhängige Förderung	811	Ersatz für Kleider- und Wäscheverschleiß	907
Elternzeit	767	Ersatzansprüche	39
und Teilzeitarbeit	771	Ersatzzeiten	295, 390
Empfänger von Lohnersatz- und Sozial-		Erstattung	
leistungen	375	des Bundes	368
Ende		grundsicherungsbedingter Mehrkosten durch	
der Beihilfe	736	den Bund	651
der Betriebsrente	715	Erstattungspflicht des Arbeitgebers	77
der Renten	333	Erstattungsprinzip	700
der Zusatzrenten	729	Erstattungsstreitigkeiten	947
Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG)	164	Erste Vergütungsempfehlung der Spitzen-	
Entgeltpunkte		verbände	547
bei verminderter Erwerbsfähigkeit	395	Erster Arbeitsmarkt	22
für Beitragszeiten	298	Erwerbsfähige Hilfebedürftige	18
für Zeiten der Zugehörigkeit zu Zusatz-		Erwerbsfähigkeit	19
bzw. Sonderversorgungssystem der		Erwerbstätigenabsetzbetrag	663
ehemaligen DDR	395	Erziehung in einer Tagesgruppe	450
Entgeltsicherung für Ältere	54	Erziehungsbeihilfe	908
Entlassungsentschädigungen	75	Erziehungsbeistandschaft	450
Entschädigungen	891	Erziehungsberatung	449
Entschädigungsprinzip	334	Erziehungsgeld	767, 769
Entschädigungsrente	881	Erziehungsgeldstellen	772
Entscheid	524	Erziehungsrente	388
Entsenderichtlinie	919	Europäischer Sozialfonds	69
Entstehungsprinzip	109	Europäisches Sozialbudget	957
Entwicklung		Europarat	921
der Kinder- und Jugendhilfe	444	EWG-Verordnung Nr. 1408/71	926
der Unfallversicherung	419	EWG-Verordnung Nr.574/72	926
des Lastenausgleichs	875	Existenzgründungshilfen	891
des Sozialbudgets	951	Existenzgründungszuschuss	57
des Wohngeldrechts	843	Externer Pflegesatzvergleich	543
Entwicklungshelfer und andere im Ausland			
beschäftigte Deutsche	380		
Erbenhaftung	40, 650, 672	<b>F</b>	
Ergänzende		Fachkundenachweis	197
Hilfe zum Lebensunterhalt	908	Fahrkosten	180
Leistungen	59; 429	Faktisches Arbeitsverhältnis	91
Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen	61	Fallpauschalen	221
Erhebliche Pflegebedürftigkeit	523	Familie	759
Erheblicher Arbeitsausfall	64	Familienhafte Mithilfe	108
Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundes-		Familienkassen	765
zuschuss	367	Familienleistungsausgleich	759
Erlöschen der Leistungsansprüche	521		

# Stichwortverzeichnis

Familienversicherung		Flaggenstaatsprinzip	86
in der Krankenversicherung	151	Flughafenregelung	864
in der Pflegeversicherung	508	Flughafenverfahren	864
in der Privaten Pflegeversicherung	530	Förderfähige Anlageformen (Altersvorsorgeverträge)	329
Fehlender Ausbildungsplatz	763	Förderung	
Festbeträge für Arzneimittel	211	aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	69
Festsetzung		der Ausbildung benachteiligter Auszubildender	50
der Regelsätze durch die Länder	640	der beruflichen Aus- und Weiterbildung	48
des allgemeinen Rentenwerts	758	der Familie	447
Feststellung		der zusätzlichen kapitalgedeckten Alters- vorsorge	327
der Pflegebedürftigkeit	524	einer Ausbildung im Ausland	824
von Sozialleistungen	671	einer weiteren Ausbildung	798
Feuerwehrführungskräfte	107	nach dem Altersvermögens-Ergänzungsgesetz	319
Feuerwehr-Unfallkassen	439	nach dem Gesetz zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Rentenversicherung	321
Fiktives Splitting	708	nach dem Rentenreformgesetz 1992	318
Finalität	461, 485	nach dem Rentenreformgesetz 1999	319
Finanzausgleich	368, 529	vollständiger Auslandsausbildungen	796
Finanzausgleichssystem (Private Pflege- versicherung)	534	von Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung und der beruflichen Reha- bilitation behinderter Menschen	53
Finanzhilfen zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen	556	von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege	448
Finanzierung		von Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung	61
der Arbeitsförderung	81	Förderungsfähige Ausbildung	789
der Beamtenversorgung	710	Förderungswerke (Hochbegabtenförderung)	785
der Berufsständischen Versorgungswerke	697	Fortbildungspflicht in der ambulanten ärztlichen Versorgung	196
der Gesetzlichen Rentenversicherung	351, 414	Fortschreibung des aktuellen Rentenwerts	
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	40	Freie	
der Hilfen für Spätaussiedler	892	Förderung	69
der Hüttenknappschaftlichen Zusatz- versicherung	731	Jugendhilfe	455
der Investitionskosten	506	Freiwillig Versicherte im Ruhestand	161
der Kinder- und Jugendhilfe	455	Freiwillige Beiträge	
der Künstlersozialversicherung	914	nach der Verordnung vom 15. März 1968	394
der Pflegeversicherung	527	nach der Verordnung vom 28. Januar 1947	394
der Seemannskasse	726	Freiwillige Dienste	763
der sozialen Sicherung	955	Freiwillige Versicherung	
der Sozialhilfe	676	in der Alterssicherung der Landwirte	742
der Unfallversicherung	439	in der Arbeitsförderung	45
der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	720	in der Gesetzlichen Krankenversicherung	150
der Zusatzversorgung für Bezirksschornstein- fegermeister	735	in der Gesetzlichen Rentenversicherung	259
der Zusatzversorgung in der Land- und Forstwirtschaft	738	in der Pflegeversicherung	509
des BAföG	822	in der Unfallversicherung	425
des Kindergeldes	766	in der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	715
des Lastenausgleichs	883	Freiwillige Weiterversicherung	727
des Wohngeldes	852	Freiwillige Zusatzrentenversicherung (FZR)	392
durch Krankenversicherungsbeiträge	152		
Finanzverbund	415		

Freiwilligkeit der Beschäftigung	95	GKV-Modernisierungsgesetz	145
Fremdrentenrecht	334, 410	GKV-Neuordnungsgesetz	141
Früherkennung	466	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	142
Frühförderung	466	Gleichbehandlung	277, 928
Funktionales Sozialbudget	954	Gleichbehandlungsgrundsatz	99, 400, 929
Fürsorgeleistungen	520	Gleichgewichtige Entwicklung von Renten und verfügbaren Arbeitnehmerinkommen	316
<b>G</b>		Gleichheitsgrundsatz	345, 398, 631
Ganzjährige Beschäftigung in der Bauwirtschaft	67	Gleichstellung der Staatsangehörigen der EG/EWR-Mitgliedstaaten	928
Gebietsgleichstellung	925	Gleichwertigkeit der Leistungen	924
Gebührenordnung	546	Gleitende Härtefall-Regelung	207
Gegliederte Krankenversicherung	135	Gleitzone	100, 160, 722
Gekürztes Erziehungsgeld	770	Gleitzonenformel	100
Geltungskriegsgefangene	888	Gliederungsprinzip sozialstaatlicher Solidarität	3
Gemeinsame		Grad der Behinderung	461
Empfehlungen	469	Grenzgänger	89
Grundsätze	85	Grenzüberschreitende integrierte Studiengänge	794
Servicestellen	483, 655	Größe des Haushalts	845
Vorschriften	83	Große Witwen- bzw. Witwerrente	388, 737
Gemeinschaftsaufgaben der Kranken- versicherung	127	Grundbetrag	740
Genehmigungsbedürftige Vermögensanlagen	122	Grundfreibetrag	33
Gerichte	939	Grundleistungen nach dem Asylbewerber- leistungsgesetz	866
Gerichtsbescheid	947	Grundlohn	198
Gerichtskosten	939, 949	Grundprinzipien	
Geringfügige Beschäftigung	95	des Beitragsrechts	152
Geringfügigkeits-Richtlinien	111	des Leistungsrechts	165
Geringverdienergrenze	113, 362	Grundrente	903, 908
Gesamteinkommen	846	Grundsatz	
Gesamtleistungsbewertung	293, 295, 306	der Gegenseitigkeit	924
Gesamtsozialversicherungsbeitrag	111	der möglichst frühzeitigen Intervention	461, 484
Gesamtvergütung	197	der Sicherheit (Geldanlagen)	120
Geschäftsführer einer GmbH	109	der umfassenden Versicherungspflicht	385
Geschäftsführung	685	des Förderns und Forderns	21
Geschichte		des Nachrangs	446, 628
der gesetzlichen Krankenversicherung	126	des Vorrangs der Vermittlung	72
der Rentenversicherung	245	Leistungen zur Teilhabe vor Rente	462
der SGB Sozialhilfe	483	Grundsätze	
Gesetz des Bundes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG)	482	der Europäischen Sozialcharta	923
Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte (GAL)	739	der Förderung	51, 328
Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV	143	der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit	118, 428, 464
Gesundheit	133	des Leistungsrechts	10
Gesundheitsreform	131, 135	staatlicher Haushalts- und Finanzwirtschaft	117
Gesundheitsstrukturgesetz	139	Grundsatzfragen der ökonomischen Steuerung	184
Gesundheitsuntersuchungen	192	Grundsicherung für Arbeitsuchende	15
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	437	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbs- minderung	646
Gewöhnlicher Aufenthalt	20	Grundsicherungsbedingte Mehrkosten	676
GKV-Gesundheitsreform 2000	143		

# Stichwortverzeichnis

Gründung der Europäischen Wirtschafts-  
gemeinschaft 917  
Grundzüge der gesetzlichen Pflegeversicherung 502

## H

Haftungsfragen 116  
Halbbelegung 305, 412  
Härteausgleich 912  
Härtefällen nach § 61 SGB V 180  
Härterichtlinien 266  
Hartz-Gesetze 3  
Hausärztliche Versorgung 195  
Hausgewerbetreibende 106  
Haushalte der Sozialversicherungsträger 117  
Haushalts- und Rechnungslegungsvorschriften  
für die Sozialversicherung 117  
Haushaltshilfe 174  
Haushaltsscheck 114  
Häusliche Krankenpflege 173  
Häusliche Pflege 504; 656  
bei Verhinderung der Pflegeperson 514  
durch Einzelpersonen 539  
Heil- und Hilfsmittel 214  
Heilbehandlung 427, 901  
Heilfürsorge-Berechtigte 503  
Heilmittel 214  
Heilverfahren 704  
Heimarbeiter 106  
Heimaufsicht 455  
Heimerziehung 450  
Heimkehrer 889  
Heimmindestbauverordnung 556  
Heranziehung des Familienbruttoeinkommens 182  
Herstellungsanspruch 7  
Hilfe  
bei den Verrichtungen des täglichen Lebens 522  
für junge Volljährige 452  
in anderen Lebenslagen 658  
in besonderen sozialen Schwierigkeiten 657  
in sonstigen Lebenslagen 659  
zum Lebensunterhalt in Sonderfällen 645  
zum Lebensunterhalt 637  
zum Studienabschluss 815  
zur Pflege 655, 908  
zur Weiterführung des Haushalts 658  
Hilfebedarf auf Dauer 522  
Hilfebedürftigkeit 19  
Hilfen  
für Spätaussiedler 887  
im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes 522

zur Arbeit 630  
zur beruflichen Eingliederung 890  
zur Erziehung 449  
zur Gesundheit 651  
Hilfeplanverfahren 452  
Hilfsmittel 217  
Hinterbliebenenbezüge 704  
Hinterbliebenenrenten 434  
Hinterbliebenenrentenrecht 290  
Hinterbliebenenversorgung 717, 734  
Hochbegabtenförderung 785  
Höchstbeiträge 356  
Höchstbeträge für Miete und Belastung 849  
Höchstschwankungsreserve 355  
Höhe  
der Beiträge 353  
des Arbeitslosengeldes 73  
des Übergangsgeldes 60  
Höherversicherung 261  
Homologe Insemination 180  
Honorarverteilungsverträge 198  
Hospizeinrichtungen 554  
Hospizversorgung 174  
Hotel-Kosten 657  
Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung 726

## I

Ich-AG 57, 86, 94, 105, 156, 255  
Individualisierung 629  
Individualisierungsgrundsatz 862  
Individuelle Ausbildungsförderung 785  
Individuelle Hilfe 461  
Inländergleichbehandlung 636  
Innerbetrieblicher Arbeitsschutz 422  
Inpflichtnahme Privater 115  
In-Prinzip (Rentenversicherung) 260  
Insolvenzgeld 81  
Insolvenzsicherung 80  
bei Altersteilzeit 80  
Instanzen 939  
Institutionelles Sozialbudget 955  
Integration der Psychotherapeuten 197  
Integrationsämter 468, 479  
Integrationsfachdienste 480  
Integrationsprinzip 335  
Integrierte Versorgung 199  
Internationale Arbeitsorganisation (IAO) 921  
Internationale Soziale Sicherung 915  
Internatsunterbringung 806  
Interner Sozialdatenschutz 495



Investitionskosten	541	Kostendämpfungspolitik	130
Investitionsprogramme der neuen Länder	556	Kostenerstattung	166
Istentgelt	66	zwischen den Trägern der Sozialhilfe	674
<b>J</b>		Kostenerstattungsprinzip	134, 166
Jahresarbeitsverdienst	432	Kostenfreie Beratung und Vermittlung	47
Jahreseinkommen	846	Kostenübernahme durch den Bund	82
Jobrotation	56	Krankenbehandlung	171
Jugendhilfe	785	für Witwen	908
Jugendliche	443	Krankengeld	177
Jugendwohnheimbau	58	Krankenhausbehandlung	174
<b>K</b>		Krankenhäuser	220
Kadernomenklatursystem der ehemaligen DDR	399	Krankenhausnotopfer	142
Kann-Leistungen	632	Krankenversichertenkarte	187
Kapitalabfindung	729, 911	Krankenversicherung	125
Kapitaldeckungsprinzip	533	der Rentner	341, 411
Kapitaldeckungsverfahren	729	Krankenversicherungsreformen	128
Kapitalgedeckte Altersvorsorge	327	Krankheit	133
Kassenärztliche Vereinigung	193	Krankheitsfrüherkennung im Säuglings-, Kleinkind- und Jugendalter	192
Kassenarztrecht	193	Krankheitsverhütung durch Krankenkassen	193
Kassenwahlmöglichkeiten	224	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	192
Kieferorthopädische Behandlung	207	Kriegsfolgenesetze	785
Kindbezogene Höherbewertung von Pflicht- beitragszeiten	301	Kriegsgefangene	888
Kinder	443, 759	Kriegsopferfürsorge	907
Kinder- und Jugendhilfe	443	Kriegsopferversorgung	785, 893
Kinder-Berücksichtigungsgesetz	344	Kriegsschadenrente	877
Kindererziehungs- und Pflegezuschläge	706	Kündigung	
Kindererziehungszeiten	389	eines privaten Pflegeversicherungsvertrages	511
Kindergeld	760	von Versorgungsverträgen	221, 538
Kindergeldauszahlung	766	Kündigungsschutz beim Übergang in Ruhestand	277
Kindergeldberechtigte	760	Künstler	689
Kinderpflegekrankengeldgesetz	178	Künstlerbericht der Bundesregierung	670
Kindertagespflege	454	Künstlersozialabgabe	689, 692
Kinderzuschlag	765, 905	Künstlersozialkasse	693
Kindeswohlgefährdung	446	Künstlersozialversicherungsgesetz	689
Klage	943	Kurzarbeitergeld	64
Klagearten	945	Kurzfristig Beschäftigte	714
Kleinunternehmer	164	Kurzzeit- und Tagespflege	505
Kollektivregress	217	Kurzzeitpflege	515
Kombinationsleistung	514	<b>L</b>	
Kommunale Option	17	Landeserziehungsgeld	773
Konvergenzphase der DRG-Einführung	222	Landessozialgericht	940, 948
Kopfpauschale	198	Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	438
Kosten		Lastenausgleich	440, 875
der Reise nach Deutschland	889	Laufende Beihilfen	882
der Sozialhilfe	672	Leistungen	877
Unterkunft und Heizung	642	an Arbeitgeber	55, 61
Kosten- und Leistungstransparenz	186	an Arbeitnehmer zur Arbeitsaufnahme	53
		an Ausländer	873



Maßgeblicher Regelsatz	642
Maßnahmekosten	59, 665
Maßnahmen zur Eignungsfeststellung	54
Medizinische	
Leistungen	427
Qualitätssicherung	189
Rehabilitation	223
Rehabilitationsmaßnahmen	175
Vorsorge	223
Vorsorgeleistungen	170
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	233
Mehrbedarf	
bei kostenaufwändiger Ernährung	28
für Alleinerziehende	27
für erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige	27
für werdende Mütter	27
Mehrbedarfe	27
beim Lebensunterhalt für Alleinerziehende oder Schwangere	20
Mehrbedarfszuschläge	643
Mehrseitige Rechtsgrundlagen	935
Meisterstück	825
Meldepflicht	870
des Arbeitgebers	114
Messbetrag in der Zusätzlichen Altersversorgung	716
Miete und Belastung	848
Mietenstufen der Gemeinden	849
Milleniumserklärung	922
Minderung des Arbeitslosengeldes	74
Mindestbeiträge	357
Mindestruhegehalt	703
Mindestversorgung	703, 733
Mindestversorgungspunkte	717
Minijob-Zentrale	114
Missglückter Arbeitsversuch	91
Mitarbeitende Familienangehörige	749
Mitverantwortung	679
Mitwirkung	679
Mitwirkungspflichten	39
des Leistungsberechtigten	13
Mobilitätshilfen	68
Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger	553
Monatsprinzip	333
Monistisches Finanzierungssystem	541
Morbiditätsrisiko	199
Müheloses Einkommen	32
Mutterpass	191
Mutterschaftsgeld	769
Mutterschaftshilfe	191

## N

Nachgehender Leistungsanspruch	167, 521
Nachgelagerte Besteuerung	345
Nachhaltigkeitsfaktor	253, 321, 326, 749
Nachhaltigkeitsrücklage	353
Nachholfaktor	253, 326
Nachrangprinzip	623, 628, 632, 653, 666
Nachteilsausgleiche	461, 478
Nachversicherung	259, 386, 709
Nachzahlung freiwilliger Beiträge	260
Negativliste	210
Nettoentgelt Differenz	65
Nettolohnbezogene Rentenanpassung	316
Nettoorientierte Mindestklausel	906
Nettoquote	408
Nettoreproduktionsrate	248
Neues Vergütungssystem	548
Neugeschäft	532
Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz	205
Neuzugänge	532
Nicht geförderte Pflegeeinrichtungen	542
Nicht von den Regelleistungen umfasste Bedarfe	30
Nichtzulassungsbeschwerde	940
Niedriglohnschwelle	100, 358
Niedrigschwellige Betreuungsangebote	516
Niveausicherungsklausel	327
Nothelfer	423
Notwendige Beiladung	944
Notwendiger Lebensunterhalt	639
in Einrichtungen	645
Nutzungsbeschränkung beim Datenempfänger	497

## O

Obhutsprinzip	762
Offenes Abkommen	929
Öffentlich geförderte Pflegeeinrichtungen	542
Öffentlicher Dienst	713, 766
Off-Label-Anwendung	210
Ökonomische Steuerung (SGB V)	184
Optimierungsberechnungen	7
Optionskommune	376
Ordensleute	378
Organe der Selbstverwaltung	681
Organisation	
der Alterssicherung der Landwirte	755
der Arbeitsförderung	81
der Beamtenversorgung	710
der Berufsständischen Versorgungswerke	697
der Gesetzlichen Rentenversicherung	347, 416
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	40

# Stichwortverzeichnis

der Hilfen für Spätaussiedler	891	mit erheblich eingeschränkter Alltags-	
der Hüttenknappschaftlichen Zusatz-		kompetenz	516
versicherung	730	Pflegebedürftige	501
der Kinder- und Jugendhilfe	454	Pflegebedürftigkeit	501
der Krankenversicherung	224	Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen	
der Kriegsopferversorgung	914	von Pflegebedürftigen	554
der Künstlersozialversicherung	693	Pflegeeinrichtungsvergleich	550
der Seemannskasse	726	Pflegegeld	429
der Sozialen Pflegeversicherung	525	für selbst beschaffte Pflegehilfen	513
der Sozialversicherung	679	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	516
der Unfallversicherung	437	Pflegeinrichtung	535, 660
der Versorgungsanstalt des Bundes und		Pflegekassen	535
der Länder	721	Pflegekinder	453, 455
der Zusatzversorgung für Bezirksschornstein-		Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche	
fegermeister	734	Pflegepersonen	517
der Zusatzversorgung in der Land- und		Pflegeltern	455
Forstwirtschaft	738	Pflegeperson	379, 505, 517
des BAföG	821	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	551
des Kindergeldes	765	Pflegesachleistung	513
des Lastenausgleichs	883	Pflegesätze	543
Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit		Pflegesatzkommission	545
in Europa (OSZE)	921	Pflegesatzverfahren	544
Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit		Pflegestufe I	523
und Entwicklung (OECD)	921	Pflegestufe II	523
Organisationsreform in der gesetzlichen Renten-		Pflegestufe III	523
versicherung	687	Pflegevergütung	540
Örtliche		Pflegeversicherung	501
Träger der Sozialhilfe	671	der Rentner	342
Voraussetzungen	761	folgt Krankenversicherung	502, 527
Zuständigkeit	766	Pflege-Versicherungsgesetz	522
Ortskräfte	88	Pflegewohngeld	542
		Pflegezulage	907
<b>P</b>		Pflicht zur Auskunft	674
Passive Leistungen	46	Pflichtbeiträge aus Arbeitsentgelten	
Patientenbeauftragte	145	bis 800 Euro	357
Patientenquittung	187	Phantomlohn	110
Pauschalbeitrag bei geringfügiger Beschäftigung	360	Politische Beamte	705
Pauschalierte Regelsatzleistungen	639	Positivliste	140
Personalitätsprinzip	86	Praktika außerhalb Europas	794
Personengleichstellung	925	Praktikanten	108
Personensorge	768	Prävention und Rehabilitation vor Pflege	511
Persönliche Arbeitslosmeldung	72	Prävention	191
Persönliche Hilfen	658	Praxisgebühr	172, 181, 208
Persönliches Budget	464	Praxisübergabe	196
Pfändung	11	Prinzip	
Pflege	427	der linearisierten Rentenberechnung	748
in vollstationären Einrichtungen der		der Mindestversorgung	703
Behindertenhilfe	519	der Rentenberechnung	302
Pflegeausgleich	909	der Selbstverwaltung	126, 226, 230
Pflegebedürftige		der Staatsaufsicht	229
Kinder	524	des Unterhaltersatzes	287

Prinzipien		der Sozialhilfe	677
des rechtsstaatlichen Verwaltungsverfahrens	488	des BAföG	822
des Sozialdatenschutzes	493	des Wohngeldes	852
Private		Rechtsweg	939, 942
Altersvorsorge	327	Referenzentgelt	716
Pflegeversicherung	503, 529	Reform der Zusatzversorgung	713
Progressionsvorbehalt	79	Regelaltersgrenze	648
pro-rata-Prinzip	917	Regelbetrag	770
Prozesskostenhilfe	949	Regelentgelt für Altersteilzeitarbeit	79
Prüfung nach § 274 SGB V	231	Regelleistung	683
Publizisten	689	zur Sicherung des Lebensunterhalts	25
Punktemodell	715	Regelleistungsvolumina	146
Punktwert	198	Regelsatzverordnung	640
		Regelungsbereich des Heimgesetzes	552
<b>Q</b>		Rehabilitation	427, 468
Qualifizierung von Pflegepersonal, Ärzten und pflegenden Angehörigen	554	und Teilhabe behinderter Menschen	459
Qualität der Pflegeleistungen	551	vor Pflege	470, 484
Qualitätsmanagement	189	vor Versorgung	701
Qualitätssicherung in der Zahnmedizin	204	Rehabilitationsleistungen	754
Quasi-Splitting	708	Rehabilitationssport	471
Quotenvorrecht des Geschädigten	493	Rehabilitierungsbescheinigung	803
		Reichsversicherungsordnung	127
		Rente	153, 431
		an Versicherte	431
		für Beschädigte	903
		nach Mindesteinkommen	296, 301
		und Versorgungsbezüge	154
		wegen Alters	267, 386, 743
		wegen Erwerbsminderung	284, 744
		wegen Todes	287, 387
		wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	277, 386
		Rentenabschläge bei Inanspruchnahme einer Altersrente vor dem 65. Lebensjahr	271
		Rentenabschlagsausgleich	724
		Renten Anpassung	316
		im Jahr 2000	407
		Rentenanspruch	266
		Rentenarten	266
		Rentenartfaktor	311, 748
		Rentenauskunft	297
		Rentenberechnung	296, 302, 390, 740
		Rentenbezugszeiten	748
		Rentenferne Jahrgänge	719
		Rentenformel	748
		Rentenpolitischen Zielsetzungen für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags	253
		Rentenrechtliche Zeiten	291, 389, 747
		Rentenreform	
		1999	251
		2001	251
<b>R</b>			
Rahmenfrist	60		
Rahmenverträge	661		
und Bundesempfehlungen	538		
Rangfolge der Kindergeldberechtigung	762		
Ratenzahlung	817		
Räumliche			
Beschränkung	871		
Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs	9		
Rechengrößen der Sozialversicherung	111		
Rechtliche Grundlagen der Internationalen Sozialen Sicherung	935		
Rechtsgrundlagen			
der Hilfen für Spätaussiedler	892		
der Gesetzlichen Krankenversicherung	131		
Rechtsquellen			
der Beamtenversorgung	711		
der Grundsicherung für Arbeitsuchende	40		
der Kinder- und Jugendhilfe	456		
der Kriegsopferversorgung	914		
der Sozialhilfe	678		
der Unfallversicherung	441		
des BAföG	822		
des Lastenausgleichs	884		
Rechtsschutz			
der Gesetzlichen Krankenversicherung	234		
der Gesetzlichen Rentenversicherung	416		

# Stichwortverzeichnis

Rentensplitting unter Ehegatten	289	Schlepperorganisationen	867
Rentenüberleitung auf die neuen Bundesländer	384	Schonvermögen	667
Rentenversicherung	241	Schul- und Berufsausbildung	762
Rentenversicherungsbericht	352	Schüler	108
Rentnerprivileg	341	Schülerförderung	786
Residenten	168	Schutz vor Missbrauch der Solidargemeinschaft	509
Revision	940, 942	Schutzauftrag des Jugendamtes	443
Rheinschifferübereinkommen	929	Schutzbereich der Arbeitsförderung	43
Richter	939, 941	Schutzimpfungen	171
Richtgrößen	213	Schwangerschaft	803
Richtlinien des Bundesausschusses	194	und Mutterschaft	179
Riester-Rente	662, 667, 720	Schwankungsreserve	351
Risikostrukturausgleich	225	Schwerbehindertenvertretung	468, 480
Rothenfelder Denkschrift	5	Schwerbehinderten-Wahlordnung	480
Rücklagen	121	Schwerpflegebedürftige	523
von Sozialhilfe	672	Schwerstbeschäftigtenzulage	904
Rückzahlungsbeginn und Rückzahlungs-		Schwerstpflegebedürftige	523
zeitraum	817	Seeleute	106, 380
Rückzahlungsverpflichtung	817	Seemannskasse	721
Ruhegehalt	701	Seemannsrente	722
Ruhegehaltssatz	702	Selbständig tätige	
Ruhen		Handwerker	375
bei anderen öffentlich-rechtlichen Leistungen	75	Lehrer	374
bei Arbeitsentgelt und Urlaubsabgeltung	74	Selbständige Tätigkeit	93
bei Arbeitskämpfen	76	Selbstbeschaffung der Leistung durch Leistungs-	
bei Auslandsaufenthalt	520	berechtigten	455
bei Entlassungsentschädigungen	75	Selbstkostendeckungsprinzip	139, 221
bei häuslicher Krankenpflege, Krankenhaus-		Selbstverwaltung	126, 226, 230, 679
behandlung und stationärer Rehabilitations-		Selbstverwaltungsorgane	227
maßnahme	520	Selbstverwaltungsprinzip	135, 185
bei Sperrzeiten	75	SGB XI - Änderungsgesetze	506
Entschädigungsleistungen wegen Pflege-		Sicherheitsleistungen	870
bedürftigkeit	520	Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen	506, 536
von Ansprüchen	912	Sicherung des Lebensunterhalts	25
von Leistungsansprüchen	520	Solidaritätsprinzip	134, 159
		Solidarprinzip in Sozialversicherung	119
<b>S</b>		Sollentgelt	66
Sachbezüge	110	Soll-Leistungen	632
Sachleistungen	29, 166	Sonderausgleich	725
Sachleistungsaushilfe	520, 927	Sonderbedarf für besondere Aufwendungen	806
Sachleistungsprinzip	134, 165, 700, 867	Sonderentgelte	221
Sachschäden	704	Sonderregelungen	
Sachverständigenrat zur Begutachtung der		für ältere Arbeitsuchende	22
Entwicklung im Gesundheitswesen	188	für Bergleute	368
Sanktionen	39	für selbständig Tätige	373
Satzungs-Leistung	205	Sonderversorgungssysteme der	
Schadensausgleich	909	ehemaligen DDR	397
Scheinselbständigkeit	104	Sonstige Hilfen	179
Schiedsstelle	661	Sonstige Leistungen	
Schlechte Risiken	530	des Asylbewerberleistungsgesetzes	868
		der Berufsständischen Versorgungswerke	696



zur Eingliederung	24	Sprachkenntnisse	790
zur Rehabilitation	175	Sprungrevision	948
Sozialbeirat	352	Staatliche	
Sozialbudget	116, 951	Gewerbeaufsicht	422
Sozialdaten	493	Verantwortung für die Haushalte der Sozial-	
Sozialdatenabgleichsverordnung	675, 678, 872	versicherungsträger	118
Sozialdatenschutz	493	Staatsangehörigkeit	760, 804, 823
Sozialdatenschutzrechtliche Sondervorschriften	499	Staatsaufsicht	229
Soziale		Staffelung des Kindergeldes	764
Entschädigung bei Gesundheitsschäden	893	Startgutschrift	717, 719
Gruppenarbeit	449	Stationäre	
Leistungen an ausländische Flüchtlinge	861	Einrichtungen	660
Pflegeversicherung	503	Pflege	505
Rechte	6	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	223
Sicherung der Beamten	699	Statistik	675
Sicherung der freien Berufe	689	Steigerungszahl	748
Sicherung der Grundsicherung für Arbeit-		Sterbegeld	180, 434, 718, 911
suchende	38	Sterbevierteljahr	311, 313, 371, 749
Sicherung der Ich-AG-Gründer	58	Steuerliche Förderung nach § 10 a EStG	720
Sicherung der Pflegeperson	505, 517	Steuerung der Gesundheitsausgaben	185
Sicherung der selbständigen Künstler und		Störfälle	103, 110
Publizisten	689	Strukturprinzipien	
Sozialer Dialog	919	der Kinder- und Jugendhilfe	455
Sozialgeheimnis	9	der Krankenversicherung	134
Sozialgerichte	939	der Sozialen Sicherung der Beamten	700
Sozialgerichtsbarkeit		Strukturverträge nach § 73a SGB V	201
Besetzung	939	Strukturverträge	201
Beweise	949	Studenten	108
mündliche Verhandlung	946	Studienaufenthalte	
Statistik	949	außerhalb der Europäischen Union	791
Verfahrensbeteiligte	944	innerhalb der EU	791
Verfahrensgrundsätze	945	Stufen der Pflegebedürftigkeit	523
Zuständigkeit	942	Subsidiarität	919
Sozialgerichtsbarkeit	939	Subsidiaritätsprinzip	537, 869
Sozialgerichtsgesetz	939, 950	Südtirolabkommen	924, 931
Sozialhilfe	623		
Sozialhilfereform	626	<b>T</b>	
Sozialleistungen und zuständige Leistungsträger	8	Tages- und Nachtpflege	515
Sozialleistungsquote	951	Tageseinrichtungen für Kinder	444, 448, 452
Sozialpädagogische		Tagespflege	448
Einzelbetreuung	450	Tarifvorbehalt	79
Familienhilfe	450	Taschengeld	866
Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis	455	Taschengeldempfänger	183
Sozialstaatsprinzip	2, 777	Tatbestandsgleichstellung	925
Sozialversicherung in der Europäischen Union	89	Technisch-organisatorische Vorkehrungen zum	
Sozialversicherungsausweis	115	Schutz von Sozialdaten	497
Sozialversicherungsbeiträge	112	Teilarbeitslosengeld	76
Sozialversicherungswahlen	682	Teilhabe am	
Soziotherapie	174	Arbeitsleben	428, 474
Spätaussiedler	888	Leben in der Gemeinschaft	428, 481
Sperrzeiten	75		

# Stichwortverzeichnis

Teilhabe- und Leistungsfähigkeit	460	Unfallfürsorge	704
Teilhabemanagement	464	Unfallruhegehalt	705
Teilkindergeld	765	Unfallverhütung	420
Teilrente und Hinzuverdienst	276	Unfallversicherung	419
Teilstationäre Einrichtungen	660	Unfallversicherungsträger	437
Territorialitätsprinzip	9, 86, 924, 106	der öffentlichen Hand	438
Totalisierung	926	Unisex-Tarife	329
Träger		Unmittelbare Beitragserhebung	102
der öffentlichen Jugendhilfe	454	Unmittelbarkeit	946
der Sozialhilfe	651, 671	UNO-Blauhelmeinsätze	897
Trägerübergreifendes Persönliches Budget	654	Unständige Beschäftigungen	45, 105
Trägervielfalt	537	Unterhaltsbeitrag	704
Tragung der Beiträge		Unterhaltersatz	287
in der Gesetzlichen Krankenversicherung	160	Unterhaltshilfe	879
in der Gesetzlichen Rentenversicherung	362	Unterhaltsrückgriff	651
Trainingsmaßnahmen	54	Unterhaltssichernde Leistungen	59
Transferkurzarbeitergeld	66	Unterhaltsvorschuss	774
Transferleistungen	66	Unterkunft und Heizung	28
Transfermodelllösung	714	Unternehmerrisiko	93
		Untersuchungen zur Früherkennung von	
		Krankheiten	171
		Untersuchungsgrundsatz	13, 488
		Unverzinsliches Staatsdarlehen	816
		Ursachen der Pflegebedürftigkeit	522
		Urteil	947
<b>U</b>		<b>V</b>	
Über- und zwischenstaatliches Recht	89	Verbände der Krankenkassen	228
Überbetriebliche Ausbildungen	784	Vereinbarungsprinzip	543, 546
Überbetrieblicher Arbeitsschutz	421	Vereinheitlichung der Altersgrenzen ab 2012	272
Überbrückungsgeld	57, 69, 429, 721	Vereinten Nationen (VN)	921
auf Zeit	722	Verfahren	
Überforderungsklausel	181	des Bildungskredites	822
Überführungskosten	434	der Hilfen für Spätaussiedler	891
Übergang		des Kindergeldes	765
von Ansprüchen	670	der Kriegsopferversorgung	913
von Unterhaltsansprüchen	670	des Unterhaltsvorschuss	775
von Unterhaltsansprüchen	775	der Kinder- und Jugendhilfe	455
Übergangsgeld	60, 430	der Sozialversicherung	85
Übergangsrecht	719, 753	Verfahren U 1	164
Übergangsregelungen für die neuen		Verfahren U 2	165
Bundesländer	123, 384, 697, 757	Verfolgte	
Übergangsregelungen in der Hüttenknapp-		des DDR-Regimes	382, 412
schaftlichen Zusatzversicherung	730	des Nationalsozialismus	381
Übergangszeiten	763	Verfügbarkeit	70
Überörtliche Träger der Sozialhilfe	671	Vergleichseinkommen	906
Überprüfung durch automatisierten Daten-		Vergütung	223
abgleich	675	der ambulanten Pflege	546
Überstundenkonten	102	der Leistungskomplexe	549
Übrige Einkünfte	911	Vergütungsfähige Pflegeleistungen	548
Übungsleiter	107		
Übungsleiter-Pauschale	109, 693		
Umlage	82		
Umlageverfahren	164, 527, 7727		
nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	164		
Unfallausgleich	704		

Verhältnis der Hilfe zur Pflege zu anderen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	656	Versicherungsträger	680
Verjährung	11	Versicherungszweige der Sozialversicherung	85
Verletztengeld	430	Versorgung	
Vermittlung von Zusatzversicherungen	202	mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	172
Vermittlung	46	von Beamten im einstweiligen Ruhestand	705
Vermögensarten	121	von Kriegsopfern im Ausland	912
Vermögenseinsatz	649	Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	713
Vermögenswirtschaft	120	Versorgungsarten	701
Vermutung		Versorgungsausgleich	340, 411
der Bedarfsdeckung	649	bei Ehescheidung	708
von Beschäftigung	104	Versorgungsberechtigte	701
Verrechnung	12	Versorgungsbereiche	191
Verrichtungen des täglichen Lebens	522	Versorgungsehe	289, 704
Versehrtenleibesübungen	471	Versorgungspunkte	
Versicherte		für Zeiten des Mutterschutzes/der Elternzeit	716
der Pflegeversicherung	506	für Zurechnungszeiten	716
der Privaten Pflegeversicherung	529	Versorgungsquote	700
der Rentenversicherung	148, 254, 384	Versorgungsverträge	221, 536
der Seemannskasse	721	Verstärkte Förderung	63
der Sozialversicherung	90	Verstetigung der Beitragssatzfestsetzung	354
der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	714	Vertrags- und Vergütungsrecht	535
Versichertenälteste	685	Vertragsarzt	193
Versicherung kraft Gesetzes	423	Vertragsstaaten	766
Versicherung kraft Satzung	423	Vertrauensschutz	
Versicherungsberechtigung	85	bei Berufsunfähigkeit	283
Versicherungsfreiheit		für Übersiedler	394
in der Alterssicherung der Landwirte	742	für Versicherte mit 45 Pflichtbeitragsjahren	271
in der Arbeitsförderung	45	Vertreterversammlung	683
in der Gesetzlichen Krankenversicherung	150	Vertriebene	887
in der Privaten Pflegeversicherung	530	Vertriebenenzuwendungsgesetz	886
in der Unfallversicherung	424	Verwaltungsrat	684
kraft Gesetzes	256, 385	Verwaltungsverfahren	487
Versicherungsfremde Leistungen	16, 112	Verwaltungsvermögen	122
Versicherungskonto	297	Verwendung der Mittel für die aktive Arbeitsförderung	68
Versicherungsnummer	297	Verzinsung	11
Versicherungspflicht	85	Vierseitige Abkommen	929
auf Antrag	255	Vollarbeiter	422
besonderer Personengruppen	44	Volles Erziehungsgeld	770
für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	507	Voll-Leistung	720
für Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	507	Vollstationäre Pflege	518
in der Gesetzlichen Krankenversicherung	148	Vollzeitpflege	450
in der Gesetzlichen Rentenversicherung	255	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	221
in der Unfallversicherung	423	Vorbereitungsausschüsse	685
nach dem SGB III	44	Vorläufer der Sozialhilfe	624
von Personen, die weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse noch privat krankenversichert sind	507	Vorläufige Leistungen	10
		Vorschüsse	10
		Vorstand	684
		in der Krankenversicherung	686
		Vorversicherungszeit	520

# Stichwortverzeichnis

Vorzeitige Altersrente	744	Zugangsfaktor (Persönliche Entgeltpunkte)	309
Vorzeitige Inanspruchnahme	717	Zugelassene Krankenhäuser	220
<b>W</b>			
Wahl des Krankenhauses	220	Zulage	329
Wahlrecht	730	Zulassung von Bildungsmaßnahmen	51
Waisenrente	389, 436	Zulassung/Versorgungsauftrag	223
Wandergesellen	157	Zulassungsbeschränkungen	196
Wartezeit	291, 715, 746, 736, 757	Zumutbarkeit	71
Wegeunfälle	425	Zurechnungszeit	294, 747
Wehr- und Zivildienst	763	in der Zusätzlichen Altersversorgung	734
Wehr- und Zivildienstleistende	380	Zusammenarbeit der Leistungsträger	492
Weiterbildung		Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe	16
durch Vertretung (Jobrotation)	56	Zusammenrechnung der Versicherungszeiten	928
für ungelernete Arbeitnehmer	56	Zusammentreffen	
für von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitnehmer	57	von Leistungen	912
Weiterentrichtung von Beiträgen	742	von mehreren Versorgungsbezügen in einer Person	708
Weiterentwicklung der Rentenreform des Jahres 2001	252	von Renten und Leistungen	332, 409
Werkstätten für behinderte Menschen	481	von Versorgungsbezügen mit Einkommen	707
Werkstättenverordnung	481	von Versorgungsbezügen mit Renten	708
Widerspruch	40	Zusatz- und Sondersversorgungssysteme	395
Widerspruchsverfahren	943	Zusatzbarbetrag	646
Winterausfallgeld	67	Zusatzjobs	24
Wintergeld	67	Zusatzleistungen bei Ausbildung im Ausland	807
Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit	118, 428, 464	Zusätzliche Altersversorgung	713
Wirtschaftlichkeitsgebot	165, 521	Zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge	79
Wirtschaftlichkeitsprinzip	211	Zusätzlicher	
Wirtschaftlichkeitsprüfung	213, 540	Beitragssatz	159
Witwen- und Witwerrente	434	Bundeszuschuss	366
Wohlfahrtsverbände	624	Zusatzrenten	
Wohngeld	843	an Hinterbliebene	727
Wohngeldarten	844	wegen Alters	727
Wohngeldauszahlung	851	wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit	727
Wohnortnahe gelegene Pflegeeinrichtungen	554	Zusatzversicherung bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder	713
Wohnortnahe Rehabilitation	176	Zusatzversorgung	
Wohnsitzgrundsatz	9	für Bezirksschornsteinfegermeister	698, 731
Wohnsitzprinzip	86	in den neuen Bundesländern	720
Wunsch- und Wahlrecht	464	in der Land- und Forstwirtschaft	735
<b>Z</b>			
Zahlkinder	764	Zusatzversorgungssysteme der ehemaligen DDR	395
Zählkinder	764, 930	Zuschüsse	
Zahlung der Renten	333	zu pflegebedingtem Umbau der Wohnung	516
Zahlungsdauer	815	zum Beitrag	754, 756
Zahnmedizinische Versorgung	202	Zuständige Aufsichtsbehörden	230
Zahnmedizinisches Prophylaxesystem	203	Zuständige Stellen	
Zeitaufwand für die Pflege	524	für Kindergeld	765
Zeitliche Aufteilung	764	für Wohngeld	852
Zuflussprinzip	109, 113	Zuwanderungsgesetz	863
		Zuzahlung zu Arzneimitteln	214

Zuzahlungen	181	Zweite Vergütungsempfehlung der Spitzen-	
Zweiseitige Verträge	936	verbände	547
Zweit-, Ergänzungs- oder Vertiefungsaus-		Zweiter Bildungsweg	811
bildung	798	Zwischenstaatliche Abkommen	933

# Verzeichnis der Autoren

## **Einführung**

Dr. Gerald Becker-Neetz, Ministerialdirigent  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 1**

Renate Freund, Ministerialrätin  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 2**

Björn Kazda, Amtsrat  
Martin Vogt, Regierungsdirektor  
beide im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 3**

Heinz Peter van Doorn, Regierungsdirektor  
im Bundesversicherungsamt  
Dr. Klaus Bermig, Regierungsdirektor  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 4**

Armin Knosp, Ministerialrat  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 5**

Frank P. Bayer-Helms, Regierungsrat  
Dr. Brigitte Bernardi, Ministerialrätin  
Dr. Udo Degener-Hencke, Ministerialrat  
Ulrich Dietz, Regierungsdirektor  
Marco Ginocchio, Oberregierungsrat  
Dr. Volker Grigutsch, Ministerialdirigent  
Till-Christian Hiddemann, Regierungsdirektor  
Hans-Robert Holzbach, Ministerialrat  
Dr. Hiltrud Kastenholz, Ministerialrätin

Dr. Joachim Müller, Ministerialrat  
Dr. Thomas Neumann, Regierungsdirektor  
Sabine Radtke, Verwaltungsangestellte  
Franz-Heinrich Schäfer, Ministerialrat  
Dr. Gerhard Vieß, Regierungsdirektor  
Christian Weck, Regierungsdirektor  
Dr. Manfred Zipperer, Ministerialdirektor a. D.  
alle im Bundesministerium für Gesundheit  
Bernd Dortants, Regierungsdirektor  
im Bundesversicherungsamt

## **Kapitel 6**

Hans-Ludwig Flecken, Ministerialdirigent  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 7**

Sabine Meiburg, Regierungsdirektorin  
Harald Goeke, Regierungsdirektor  
beide im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 8**

Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner, Ministerialrat  
im Bundesministerium für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend

## **Kapitel 9**

Dr. Hartmut Haines, Ministerialrat  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

## **Kapitel 10**

Renate Freund, Ministerialrätin  
Dr. Robert Steinbach, Regierungsdirektor  
beide im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales



**Kapitel 11**

Winfried Münch, Oberamtsrat  
Franziskus Nostadt, Regierungsdirektor  
Dr. Eckhard Grambow, Regierungsdirektor  
Jörg Rudolph, Ministerialrat  
Robert Schüßler, Regierungsdirektor  
alle im Bundesministerium für Gesundheit

**Kapitel 12**

Dieter Lutz, Ministerialrat  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

**Kapitel 13**

Wilfried Gleitze, Erster Direktor der  
Deutschen Rentenversicherung Westfalen

**Kapitel 14 und 17**

Christian Wirth, Ministerialrat  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

**Kapitel 15**

Friedrich Schupp, Oberamtsrat  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

**Kapitel 16**

Joachim Försterling, Direktor / Mitglied der  
Geschäftsführung der Deutschen Rentenversiche-  
rung Westfalen

**Kapitel 17**

siehe Kapitel 14

**Kapitel 18**

Hans Joachim Helmke, Ministerialrat  
Dr. Martin Lenz, Ministerialrat a. D.  
beide im Bundesministerium für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend

**Kapitel 19**

Hans-Herbert Thiel, Oberamtsrat  
im Bundesministerium für Bildung und  
Forschung

**Kapitel 20**

Detlef Glätzer, Oberamtsrat  
im Bundesministerium für Verkehr, Bau und  
Stadtentwicklung

**Kapitel 21**

Sabine Schneider, Regierungsdirektorin  
im Bundesrechnungshof

**Kapitel 22**

Elmar Amend, Leitender Regierungsdirektor  
im Bundesausgleichsamt

**Kapitel 23**

Martin Vogt, Regierungsdirektor  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

**Kapitel 24**

Frank Wälfert, Regierungsdirektor  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

**Kapitel 25**

Egon Kalmund, Ministerialrat a. D.  
im Bundesministerium für Arbeit und  
Sozialordnung

**Kapitel 26**

Dr. Peter Becker, Richter  
am Bundessozialgericht

**Kapitel 27**

Arne Kubitz, Regierungsrat  
im Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales















