

InfoSozialrecht

AKTUELL

Kostenlose
Ausgabe

Nr. 03/2007 vom 10.05.2007

!info-sozialrecht.de

Aus dem Inhalt

Aktuelles aus Politik und Gesellschaft

Die Gesundheitsreform ist da!

Was sich für die Versicherten ab dem 01.04.2007 geändert hat. Seite 2

Sonderbeitrag

Ärztliche Gutachten – Teil 2

Wie Gutachten nach Aktenlage als beratungsärztliche Stellungnahmen getarnt werden Seite 4

Aktuelle Urteile

- Krankenkassen müssen Mistelpräparate zur Krebstherapie erstatten Seite 5
- Keine Kostenerstattung für Polyglobin 10% zur Behandlung von MS Seite 5
- Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung verfassungsgemäß Seite 5
- Renten-Nullrunde 2004 verfassungsgemäß Seite 6
- **Erwerbsminderungsrente gibt es nur mit Abschlägen – SG Aachen folgt dem Urteil des BSG vom 16.05.2006 nicht** Seite 6
- Rentenrechtliche Neubewertung der ersten Berufsjahre verfassungsgemäß Seite 6
- Aufrechnung mit überzahlten Alg II Leistungen nur bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben des Hilfebedürftigen möglich Seite 7
- Kein Alg II mehr bei Gewinn eines PKW Seite 7
- **Keine Sperrzeit bei Eigenkündigung wegen Passivrauchens** Seite 7
- **Keine Prozesskostenhilfe bei anwaltlicher Vertretung im Schwerbehindertenverfahren** Seite 8
- Zahnarzt haftet für falsche Interpretation von Schmerzzuständen nach Wurzelbehandlung Seite 8
- Fußgänger verliert privaten Versicherungsschutz schon bei 1,63 Promille Seite 8

**Herausgeber/
Schriftleitung/Druck:**
Rechtsanwalt
Jürgen Langhals

Anschrift:
Auf dem Graben 2
45657 Recklinghausen

Telefon:
02361/106710

Telefax:
02361/1067123

E-Mail:
langhals@tls-rechtsanwaelte.de

Internet:
www.info-sozialrecht.de

Redaktionsmitglieder:
Jürgen Langhals
Rechtsanwalt
Fachanwalt f. Sozialrecht

Jana Steffen
Rechtsanwältin
Fachanwältin f. Arbeitsrecht

Erscheinungsweise:
Alle 2 Monate

Aktuelles aus Politik und Gesellschaft

Die Gesundheitsreform ist da! von Rechtsanwalt Langhals

Was sich für die Versicherten ab dem 01.04.2007 geändert hat von Rechtsanwalt Langhals

Seit dem 01.04.2007 ist die im Vorfeld viel diskutierte Gesundheitsreform in Kraft getreten. Doch was hat sich für die Versicherten nunmehr tatsächlich geändert? Umfragen in den Medien haben ergeben, dass die meisten Bürger gar nicht genau wissen, was die Reform mit sich gebracht hat. Von den Vertretern der Krankenkassen und Ärzte gleichermaßen angefeindet, wird sie hingegen von der Bundesregierung als „Weg zur neuen Gesundheitsversicherung“ angepriesen, bei der Leistungen zielgenau ausgebaut und die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt würden, ohne das zugleich die Zuzahlungen erhöht oder Leistungsbereiche ausgeschlossen würden. Der folgende Beitrag soll einen Überblick darüber geben, was die Gesundheitsreform von den Versicherten fordert und was sie ihnen an Vorteilen bringt.

Versicherungspflicht, Rückkehrrecht und Kontrahierungszwang.

Ein Grundanliegen der Gesundheitsreform ist es, dass niemand mehr in Deutschland ohne Versicherungsschutz im Krankheitsfall dastehen soll. Damit wurde die Verpflichtung für jeden eingeführt, gesetzlich oder privat krankenversichert zu sein. Diese Verpflichtung beinhaltet aber auch zugleich ein Rückkehrrecht für alle Nichtversicherten in ihre alte Versicherung; z.B. denen, die wegen Beitragsrückständen den Versicherungsschutz aufgrund Kündigung verloren haben. **Eine Kündigung des Versicherungsschutzes wegen Beitragsrückständen ist in Zukunft nicht mehr möglich.** Ebenso spielt der Gesundheitszustand für den Vertragsabschluss keine Rolle mehr, d.h. niemand kann von einer Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen wegen gesundheitlicher Einschränkungen abgelehnt werden. Es besteht damit Kontrahierungszwang. **Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse dürfen dabei nicht vorgenommen werden.** Wer bisher weder gesetzlich noch privat versichert war, wird in dem System versichert, welchem er oder sie aufgrund der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen ist. Für Arbeiter und Angestellte ist dies im Regelfall die gesetzliche Krankenversicherung; für Selbständige zumeist die private Krankenversicherung. Im Zweifelsfall kann sich aber jeder bei einer beliebigen Krankenkasse über die Zuordnung informieren.

Zu beachten sind jedoch Unterschiede für den Beginn der Versicherungspflicht. Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern ist, für den besteht Versicherungspflicht seit In-Kraft-Treten der Reform am **01.04.2007**. Diejenigen, welche der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, haben ab dem **01.07.2007** zunächst ein **Recht** auf Aufnahme in den erweiterten Standardtarif der PKV. Erst ab **01.01.2009** besteht dann die Versicherungspflicht zumindest im neuen Basistarif der PKV.

Wer sich pflichtwidrig zu spät versichert (z.B. erst dann, wenn er krank wird) hat dennoch Anspruch auf Versicherungsschutz. Er oder sie muss dann aber die offenen Beiträge nachbezahlen und kann von der Krankenkasse mit einem Säumniszuschlag von bis zu 5% belastet werden; ein Bußgeld gibt es aber nicht.

Vorsorge und Leistungen

Ein weiteres Ziel der Gesundheitsreform ist die Stärkung der Prävention, welche durch Anreize zur Teilnahme an bestimmten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen erfolgen soll. Auf der einen Seite soll dies durch eine neue Bonusregelung und auf der anderen Seite durch eine Ausweitung des Leistungskatalogs erreicht werden.

Ab **01.01.2008** sind alle Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu informieren. Zudem müssen die Krankenkassen ein Bonusheft (wie bereits jetzt bei der Zahnvorsorge) zur Verfügung stellen, in dem alle vorgenommenen Untersuchungen dokumentiert werden. Zugleich wird ab dem 01.01.2008 für jüngere Versicherte die regelmäßige Teilnahme an solchen Vorsorgeuntersuchungen die Voraussetzung dafür sein, bei späteren chronischen Erkrankungen die **verminderte Belastungsgrenze** (max. 1% statt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen) bei Zuzahlungen in Anspruch nehmen zu können. Diese Regelung betrifft Frauen die am Stichtag 01.04.2007 unter 35 Jahre und Männer die an diesem Tag unter 45 Jahre alt sind. Für ältere Versicherte oder bereits am Stichtag chronisch Erkrankte gilt diese Regelung nicht; für sie gilt ohnehin die 1% Belastungsgrenze. Weitere Voraussetzung ist aber zukünftig in jedem Fall ein **therapiegerechtes Verhalten** des Versicherten, d.h. es muss den Behandlungsprogrammen der Krankenkassen oder den Therapieempfehlungen des Arztes gefolgt werden.

Für die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen muss keine Praxisgebühr gezahlt werden. Die Versicherten erhalten einen **Rechtsanspruch** auf alle von der Ständigen Impfkommission empfohlenen

Schutzimpfungen. Eltern erhalten zudem einen Rechtsanspruch auf sog. Vater-/Mutter-Kind-Kuren, wenn sie medizinisch notwendig sind. Es handelt sich damit nicht mehr um bloße Ermessenleistungen der Krankenkassen.

Mit der Gesundheitsreform sollen auch gezielt Leistungen ausgebaut werden. So besteht nunmehr auch ein Rechtsanspruch auf alle medizinisch notwendigen **Reha-Maßnahmen**, wobei sich die Versicherten die Reha-Einrichtung selber frei auswählen dürfen („Mehrkosten“ sind allerdings selbst vom Versicherten zu tragen). **Schwangere**, die sich für eine Geburt im sog. Geburtshaus entscheiden, erhalten zur finanziellen Entlastung einen Betriebskostenzuschuss. Die Krankenkassen sind nun auch gesetzlich verpflichtet, die Arbeit von **Selbsthilfegruppen** im Bereich der Prävention und Rehabilitation finanziell zu unterstützen. Auch wird die **ambulante Palliativversorgung** ausgebaut, damit Schwerstkranke die Möglichkeit haben, in ihrer häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Bei bestimmten schweren oder seltenen Krankheiten wird der Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus erleichtert. In Zukunft können auch Krankenhausärzte bei Entlassung des Patienten für max. drei Tage **häusliche Krankenpflege** verordnen und Medikamente mitgeben. Zudem wird die häusliche Krankenpflege flexibler gestaltet und auch auf andere Wohnformen und unter bestimmten Voraussetzungen sogar auf den Bereich der Schule und Behindertenwerkstätten ausgeweitet. Bei der **Arzneimittelversorgung** wird für neue Medikamente eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt; bislang wurde nur auf den Nutzen abgestellt. Bei speziellen hochinnovativen Arzneimitteln muss der verordnende Arzt zuvor die Zweitmeinung eines speziell qualifizierten Kollegen einholen (sog. Vier-Augen-Prinzip).

Wahlfreiheit und Tarife

Durch die Gesundheitsreform sollen die Versicherten schließlich auch mehr Wahlfreiheit bekommen. So sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Reihe neuer auswählbarer Tarifmodelle vor; die private Krankenversicherung wird stärker auf den Wettbewerb ausgerichtet.

An **neuen Tarifmodellen** werden in der GKV u.a. der sog. Hausarzttarif, der Selbstbehalttarif und der Kostenerstattungstarif sowie Tarife für besondere Therapieeinrichtungen eingeführt. Beim Hausarzttarif ist der Versicherte im Krankheitsfall verpflichtet, immer zuerst einen Arzt aufzusuchen. Beim Selbstbehalttarif muss der Versicherte einen gewissen Betrag der Behandlungskosten selbst tragen und beim Kostenerstattungstarif erhalten die Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen gegen Rechnung, die sie später bei der Krankenkasse einreichen. Die Möglichkeiten sind vielfältig; je nach Wahl kann es zu Ermäßigungen oder zusätzlichen Prämien kommen. Die neuen Tarife gelten aber zumeist nur für die Versicherten, die selbst für ihre Krankenkassenbeiträge aufkommen. Daher können Empfänger von Arbeitslosengeld z.B. keinen Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarif auswählen, wohl aber den Hausarzttarif.

Ab dem **01.01.2009** wird von der Bundesregierung ein **einheitlicher Beitragssatz** in der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Die einzelnen Krankenkassen können allerdings u.U. einen **Zusatzbeitrag** von max. 1% des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten erheben; ein Zusatzbeitrag von max. 8,- EUR kann ohne Einkommensüberprüfung erhoben werden. Im Gegenzug erhalten die Versicherten im Falle der Erhebung des Zusatzbeitrags ein Sonderkündigungsrecht.

In Zukunft kann ein Versicherter, der mit seinem Einkommen drei Jahre lang über der **Versicherungspflichtgrenze von 47.700,- EUR** gelegen hat, ab diesem Zeitpunkt innerhalb einer **Frist von 6 Monaten** in den ab 01.01.2009 neuen Basistarif der PKV wechseln. Der Basistarif muss mit den Leistungen aus der GKV vergleichbar sein. Er darf max. so teuer sein, wie der jeweilige durchschnittliche Höchstbetrag in der GKV (derzeit ca. 500,- EUR). Finanziell Hilfebedürftige, die keine volle Prämien mehr zahlen können, bekommen die Prämie halbiert. Wer auch diese nicht zahlen kann, bekommt Zuschüsse vom Grundsicherungsträger. Wer bereits jetzt privat krankenversichert ist, kann vom **01.01.2009 bis 30.06.2009** in den Basistarif einer Versicherung seiner Wahl wechseln. Wer dieses innerhalb seiner bisherigen Versicherung tut, nimmt dabei seine Altersrückstellungen im vollen Umfang mit; bei Wahl einer neuen Versicherung werden die Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs auf den neuen Versicherer übertragen. Versicherte von 55 Jahren oder älter sowie Rentner und Hilfebedürftige können jederzeit in den Basistarif in ihrer Versicherung wechseln. **Neuversicherte**, die sich ab dem 01.01.2009 erstmals privat krankenversichern, haben ein Wechselrecht in den Basistarif jeder beliebigen privaten Krankenversicherung; sie nehmen ihre Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs mit.

In der GKV sind Kinder und Ehegatten ohne Job bzw. mit Minijob weiterhin beitragsfrei mitversichert. In der PKV hingegen, müssen für diese extra Verträge geschlossen werden.

(Quelle: BMG – Die neue Gesundheitsversicherung; NJW 19/2007 S. 1313ff.)

Sonderbeitragsreihe

Ärztliche Gutachten

Teil 2: Wie Gutachten nach Aktenlage als beratungsärztliche Stellungnahmen getarnt werden

von Rechtsanwalt Langhals

Wer aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung begehrt, muss sich regelmäßig zuvor einer ärztlichen (Zusammenhangs-)Begutachtung unterziehen. Diese Gutachten sollen für den Unfallversicherungsträger eine wesentliche Entscheidungsgrundlage im Feststellungsverfahren bilden. Sie haben damit die Aufgabe, eine Beurteilung für den jeweiligen Einzelfall zum Zusammenhang zwischen Unfall / beruflicher Belastung und dem Gesundheitsschaden sowie zur der evtl. daraus ergebenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zu treffen. Ohne ein „positives“ Gutachten im Sinne des Leistungsbegehrens gibt es keine Rente. Weit gefehlt wäre es jedoch im Umkehrschluss anzunehmen, dass nun folglich ein „positives Gutachten“ stets zur Rente verhelfen würde. Oftmals kommt nämlich dann vom Unfallversicherungsträger der Einwand, es müsse ein weiteres Gutachten eingeholt werden, da das bisherige Gutachten nicht nachvollziehbar oder überprüfungsbedürftig sei. Es kann aber auch sogar ohne weitere Begutachtung zu einem negativen Bescheid kommen! Wobei sich dann für den Versicherten die Frage stellt, worauf der Unfallversicherungsträger seine Entscheidung stützen will? Die Antwort hierauf lässt sich im Folgenden erst durch Akteneinsicht in die Verwaltungsakte feststellen: Der Unfallversicherungsträger hat ohne Wissen des Versicherten ein weiteres Gutachten nach Aktenlage von einem seiner Beratungsärzte (d.h. Ärzte, die mit den UV-Trägern vertraglich verbunden sind) eingeholt. Im Ablehnungsbescheid selbst wird davon nichts erwähnt; vielmehr stützt sich der UV-Träger perplexer Weise ausdrücklich auf das „positive Gutachten“. Logisch nachvollziehen lässt sich dieses zwar nicht, es hat aber doch einen bestimmten Grund. Die Feststellungen des Beratungsarztes werden vom UV-Träger lediglich als sog. beratungsärztliche Stellungnahme bezeichnet, bei welcher die Mitwirkungs- und Widerspruchsrechte des Versicherten nicht beachtet zu werden brauchen. Ein ausdrücklicher Bezug auf die Stellungnahme im Bescheid würde diese aber zu einem Gutachten machen, mit der Folge, dass unstreitig gegen die Rechte des Versicherten verstoßen worden wäre.

So z.B. ist die Bergbau-BG Bochum in gleich mehreren von uns vertretenen Feststellungsverfahren vorgegangen. Zunächst wurde ein Gutachten von einem vom Versicherten vorgeschlagenen Sachverständigen eingeholt, welches i.E. einen Ursachenzusammenhang bejahte und eine MdE im rentenberechtigenden Grad (ab 20%) feststellte. Es folgte von der BG der Hinweis, dass man das Gutachten für überprüfungsbedürftig halte und beabsichtigt sei, ein neues Gutachten einzuholen. Auf unsere Anfrage, welche Bedenken denn konkret gegen die Ausführungen im Gutachten bestehen und worauf diese Erkenntnisse beruhen würden, folgte (wenn überhaupt) die lapidare Antwort: „Wir haben eine beratungsärztliche Stellungnahme eingeholt“. Auf Antrag wurde uns dann eine Kopie der Anfrage an den Beratungsarzt und dessen Stellungnahme überlassen bzw. Akteneinsicht gewährt. Sowohl aus der Anfrage als auch aus der Antwort des Beratungsarztes ließ sich für uns unzweifelhaft entnehmen, dass es sich hier in Wahrheit um einen Gutachtenauftrag der BG und ein Aktenlagegutachten handelte. Zum Teil hatten die Beratungsärzte ihre Ausführungen sogar selbst als „gutachtliche Stellungnahme“ betitelt. Im Auftrag des Mandanten haben wir sodann eine Eingabe beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz gemacht, der nach Prüfung der Sachlage unsere Auffassung bestätigte und die Bergbau-BG zur Löschung der Stellungnahme aufforderte. Gleichzeitig stellten wir auch selbst einen Löschungsantrag bei der BG. Dem Antrag kam die BG nicht nach. Mittlerweile ist allein wegen des Löschungsbegehrens ein Klageverfahren vor dem Sozialgericht anhängig. Ärgerlich und unverschämt ist es jedoch, dass die Bergbau-BG gleichzeitig in einigen Verfahren des Mandanten Ablehnungs- und Widerspruchsbescheide erließ und sich zur Begründung auf die positiven Gutachten bezog. Bei dieser Vorgehensweise handelt es sich nicht um einen Einzelfall. Auch in anderen Fällen mit anderen zuständigen Berufsgenossenschaften mussten wir die Löschung eingeholter Gutachten nach Aktenlage beantragen; anders als in dem geschilderten Fall der Bergbau-BG, wurden diese zumindest nach Aufforderung durch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz gelöscht.

Die Löschung von beratungsärztlichen Gutachten aus der Verwaltungsakte ist wichtig, denn den Beratungsarzt kann sich der Versicherte nicht aussuchen und an seiner Objektivität darf gezweifelt werden; steht er doch im Lager der UV-Träger. Bleibt sein Gutachten in der Akte bilden seine Ausführungen mitunter die Beurteilungsgrundlage für spätere gerichtliche Gutachten. Der Beratungsarzt darf auf Seiten der UV-Träger nur mitwirken bei der Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes und der Diagnose durch Beantwortung von Fachfragen ohne Bezug auf eine bestimmte Person sowie bei der Überprüfung von bereits eingeholten Gutachten auf ihre Schlüssigkeit hin. Von einer beratenden Stellungnahme kann hingegen nicht mehr ausgegangen werden, wenn der Beratungsarzt komplexe Zusammenhangsfragen beurteilen oder ausführliche Zweitexpertisen anfertigen soll. Eine Berufung im Bescheid auf diese Stellungnahme macht sie stets zum Gutachten.

(s. auch Rundschreiben des HVBG vom 28.08.2003 zur Abgrenzung Gutachter/Beratender Arzt)

Aktuelle Urteile

Krankenversicherung

Krankenkassen müssen Mistelpräparate zur Krebstherapie erstatten

Anthroposophische Mistelpräparate sind nicht nur bei palliativer (= vor allem auf Beherrschung von Schmerzen bei einer weit fortgeschrittenen Krankheit ausgerichtete Therapie; sozusagen sterbebegleitend), sondern auch bei adjuvanter (= auf Unterstützung des Immunsystems / Heilungsprozesses ausgerichtet) Krebstherapie erstattungsfähig. Das SG Dresden hatte bereits im Juni 2006 entschieden, dass ein Mammakarzinom mit dem Arzneimittel Helixor nach den Erkenntnissen des Gerichts als Therapiestandard der anthroposophischen Medizin gelte. Eine Definition durch den Gemeinsamen Bundesausschuss – der festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten sind – sei bis dato nicht in den Arzneimittelrichtlinien erfolgt, weshalb ein Systemversagen vorliegen würde.

Die zunächst von der beklagten Krankenkasse eingelegte Sprungrevision zum BSG - Az.: B 1 KR 31/06 R - wurde zurückgenommen. Das Urteil ist damit nunmehr rechtskräftig, d.h. in vergleichbaren Fällen, können sich Versicherte auf dieses Urteil berufen.

BSG - Az. B 1 KR 31/06 R -; SG Dresden Urteil v. 29.06.2006 - Az.: S 18 KR 534/05 -

Keine Kostenerstattung für Polyglobin 10% zur Behandlung von Multipler Sklerose (MS)

Nach einem Urteil des BSG vom 27.03.2007 hat ein an MS leidender Versicherter, auch bei einer bestehenden sekundär-chronischen Verlaufsform mit den dadurch bedingten gravierenden Beeinträchtigungen, keinen Anspruch auf Versorgung mit dem Immunglobulin-Fertigarzneimittel „Polyglobin 10%“. Obwohl es sich hierbei um eine schwerwiegende Erkrankung handelte, der Versicherte bereits jahrelang mit dem Arzneimittel seine Beschwerden lindern konnte und sich andere Arzneimittel als unverträglich oder wirkungslos erwiesen, lehnte das BSG eine Leistungspflicht der Krankenkasse ab.

Mit dem Urteil hat das BSG seine auf den Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 (wir berichteten hier zu diesem Thema bereits mehrfach ausführlich; s. auch Langhals in NZS Nr. 2/2007 S. 76ff) ergangene Rechtsprechung erweitert. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende bzw. zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung liege hier nicht vor. Es fehle an der notstandsähnlichen Situation. Mit der streitigen Therapie solle nur versucht werden, auf die Krankheitsschübe Einfluss zu nehmen bzw. das Fortschreiten der Behinderung zu hemmen.

BSG Ur. v. 27.03.2007 - Az.: B 1 KR 17/06 R -

Pflegeversicherung

Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung verfassungsgemäß

Bereits in unserer letzten Ausgabe haben wir über ein Urteil des Sozialgericht Speyer (Az: S 3 P 121/06) berichtet, wonach die Heranziehung von Kinderlosen zu einem erhöhten Beitrag in der Sozialen Pflegeversicherung als verfassungsgemäß angesehen wurde.

Das Hess. LSG hat diese Ansicht nun ebenfalls mit Urteil bestätigt. Dem Gesetzgeber sei es freigestellt, durch Entlastung oder Belastung die vom BVerfG geforderte Differenzierung zwischen Eltern und Kinderlosen vorzunehmen. Aufgrund des bestehenden umlage- und beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystems führe nun einmal die zusätzliche Belastung eines Teils der Versicherten (hier: der Kinderlosen) automatisch zur Entlastung des davon nicht betroffenen Teils (hier: der pflegeversicherten Eltern).

Ob diese Ansicht vom BSG geteilt wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls wurde die Revision vom Hess. LSG nicht zugelassen. Es bestehen nach unserer Ansicht aber erhebliche Bedenken, ob die Entscheidung mit dem Gleichbehandlungsgrundrecht aus Art. 3 GG zu vereinbaren ist.

Hess. LSG Besch. v. 19.03.2007 - Az.: L 8 P 19/06 -

Rentenversicherung

Renten-Nullrunde 2004 verfassungsgemäß

Nach Ansicht des BSG werden die Grundrechte der Rentner durch die Aussetzung der Rentenanpassung im Jahre 2004 nicht verletzt. Das BSG ließ es dahin gestellt, ob der Schutz des Eigentumsgrundrechts aus Art. 14 GG auch für die Rentenanpassung gilt. Jedenfalls sei nämlich dieses Grundrecht nicht verletzt, da Art. 14 GG nicht vor jeder Beeinträchtigung des Eigentums schütze, zumal wenn wichtige Gemeinschaftsbelange auf dem Spiel stünden. Auf der einen Seite habe die Aussetzung der Rentenanpassung dazu gedient, für Beitragsstabilität und eine Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu sorgen. Auf der anderen Seite mussten die Rentner deswegen nur einen geringfügigen Nachteil hinnehmen, denn eine Anhebung wäre in den alten Bundesländern nur um 0,04% im Beitrittsgebiet nur um 0,17% erfolgt. Die Aussetzung sei daher nach Abwägung als zumutbar anzusehen.

BSG Ur. v. 27.03.2007 - Az.: B 13 R 37/06 R –

Erwerbsminderungsrente gibt es nur mit Abschlägen – SG Aachen folgt dem Urteil des BSG vom 16.05.2006 nicht

Das SG Aachen hat mit Urteil vom 09.02.2007 entschieden, dass auch die Erwerbsminderungsrenten mit Abschlägen zu versehen sind, die vor Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. Das Gericht hat sich damit bewusst gegen das Urteil des BSG vom 16.05.2006 - B 4 RA 22/05 R - gestellt und die Ansicht der Rentenversicherungsträger gestützt.

Nach Ansicht des SG Aachen würde die Entscheidung des BSG im Widerspruch zur unbestrittenen Auffassung der gesamten Rentenliteratur stehen. Bereits aus dem Wortlaut des Gesetzes lasse sich entnehmen, dass die Verwaltungspraxis der Rentenversicherungsträger durch den Gesetzgeber angeordnet worden sei, nämlich Abschläge auch vor Vollendung des 60. Lebensjahres vorzunehmen. Dies lasse sich auch aus den Gesetzesmaterialien entnehmen. Der Gesetzgeber habe auch generell zum Ziel gehabt, die Vorteile eines längeren Rentenbezuges durch einen verminderten Zugangsfaktor auszugleichen. Das Urteil des BSG sei auch nicht mit der ebenfalls durch Gesetz eingeführten Verlängerung der Zurechnungszeiten vereinbar. Bei einer anderweitigen Annahme der Verfassungswidrigkeit der gesetzlichen Regelung wäre eine Vorlage an das BVerfG nach Art. 100 GG geboten gewesen. Zudem könne eine „Entscheidung mit derart weit reichenden volkswirtschaftlichen Auswirkungen ... nicht durch die Judikative (=Rechtsprechung) mittels verfassungskonformer Interpretation der Vorschrift, die nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers anders gemeint war, erfolgen“.

Die Entscheidung des BSG war bereits mehrfach unser Thema. Wir haben in den vorherigen Ausgaben das Urteil besprochen und entsprechende Mustertexte für Rechtsmittel und Überprüfungsanträge zur Verfügung gestellt. Mehrere Musterverfahren sind noch vor den Sozialgerichten anhängig. Dabei bleibt abzuwarten, ob andere Sozialgerichte dem SG Aachen folgen oder sich an die Rechtsprechung des BSG halten werden. Jedoch erst eine erneute Entscheidung durch das BSG wird zwangsläufig Rechtssicherheit bringen können. Solange kann jedem Betroffenen nur angeraten werden, Rechtsmittel einzulegen bzw. Überprüfungsanträge zu stellen. SG Aachen Ur. v. 09.02.2007 - Az.: S 8 R 96/06 –

Rentenrechtliche Neubewertung der ersten Berufsjahre verfassungsgemäß

Das Rentenreformgesetz von 1992 sah vor, dass die ersten vier Berufsjahre eines Versicherten, die vor seinem vollendeten 25. Lebensjahr lagen, als Pflichtbeitragszeiten bei der Rentenversicherung insoweit besonders berücksichtigt wurden, als diese Zeiten mit min. 90% des allgemeinen Durchschnittsverdienstes aller Versicherten in die Berechnung einfließen. Nach dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996 werden seit dem 01.01.1997 grds. nur noch drei Jahre als Pflichtbeitragszeiten berücksichtigt und zwar nunmehr nur noch mit einem Wert von 75% des Wertes, der sich für alle individuellen Anrechnungszeiten des Versicherten aus seinem ganzen Berufsleben ergibt; max. jedoch 75% des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten. Durch diese Regelung werden besonders die Versicherten beschwert, die nach der Berufsausbildung noch einige Jahre versicherungspflichtig beschäftigt waren, dann aber wegen eines Wechsels in die Selbständigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausschieden oder nur noch Mindestbeiträge zum Erhalt bestimmter rentenrechtlicher Vorteile zahlten. Das BSG hat für diese Personengruppe Bedenken an der Verfassungsmäßigkeit der Regelung geäußert und dem BVerfG zur Überprüfung vorgelegt.

Das BVerfG hat nunmehr mit Beschluss vom 27.02.2007 die Verfassungsmäßigkeit der Regelung bestätigt. Insbesondere sei sie mit dem Eigentumsgrundrecht des Art. 14 Abs. 1 GG vereinbar. Der Eigentumsschutz für

Rentenanwartschaften schließe deren Umgestaltung durch Änderung des Rentenversicherungsrechts nicht von vornherein aus. Daher seien auch Eingriffe in die Anwartschaften von Versicherten zulässig, die bei In-Kraft-Treten der Regelung das 55. Lebensjahr vollendet hätten. Ein gesteigerter verfassungsrechtlicher Bestandschutz gegen wertmindernde Eingriffe allein aufgrund eines bestimmten Lebensalters sei Art. 14 Abs. 1 GG nicht zu entnehmen. Die gesetzliche Neuregelung habe dem Allgemeinwohl gedient und sei auch verhältnismäßig. Der mit der Neuregelung einhergehende Wertverlust sei maßgeblich auf die Versicherungslücken des Versicherten zurückzuführen und liege damit in seiner Verantwortungssphäre. Er sei auf ergänzende private oder anderweitige Vorsorge zu verweisen. Der Gesetzgeber durfte auch davon ausgehen, dass diese Versicherten über eine ausreichende ergänzende Altersvorsorge verfügten.

Die Entscheidung trifft hier auf Kritik. Sie unterstellt, dass es jedem klein- oder mittelständischen Unternehmer so gut geht, dass er genügend finanzielle Mittel für ausreichende private Vorsorge besitzt. Es stellt sich dann die Frage, woher die zunehmenden Firmeninsolvenzen der letzten Jahre stammen. Auch wäre der Wertverlust nur dann dem Versicherten zuzurechnen, wenn er sich in Kenntnis der vorbestehenden Neuregelung bewusst für die Versicherungslücken entschieden hätte.

BVerfG Beschluss v. 27.02.2007 - Az.: 1 BvL 10/00 –

Arbeitslosenversicherung / Grundsicherung für Arbeitlose

Aufrechnung mit überzahlten Alg II Leistungen nur bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben des Hilfebedürftigen möglich

Eine Aufrechnung von laufenden Alg II Regelleistungen mit überzahlten Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes ist nach der Gesetzeslage ausgeschlossen, es sei denn die Überzahlung ist durch vorsätzliche oder grob fahrlässig unrichtige Angaben des Hilfebedürftigen verursacht worden oder der Hilfebedürftige ist mit Aufrechnung ausdrücklich einverstanden. Nach Ansicht des SG Koblenz habe der Gesetzgeber der aktuellen Sicherung des Lebensunterhaltes des Hilfebedürftigen Vorrang gegenüber den finanziellen Interessen der ARGE eingeräumt.

SG Koblenz Ur. v. 05.04.2007 - Az.: S 11 AS 635/06 –

Kein Alg II mehr bei Gewinn eines PKW

Nach einem Urteil des SG Dortmund gilt ein als Hauptgewinn eines Gewinnspiels erworbener PKW als anrechnungsfähiges Einkommen, weshalb kein Anspruch auf Alg II mehr bestehe, bis der Wert des PKW verbraucht sei. Einkommen sei dasjenige, was der Hilfebedürftige während des Zahlungszeitraumes wertmäßig dazu erhalte. Vermögen sei hingegen dasjenige, welches bereits bei Beginn des Zahlungszeitraumes zur Verfügung gestanden habe. Der Hilfebedürftige könne sich daher für den gewonnen PKW nicht auf einen Vermögensfreibetrag berufen.

SG Dortmund Besch. v. 19.03.2007 - Az.: S 27 AS 59/07 ER -

Keine Sperrzeit bei Kündigung des Arbeitnehmers wegen Passivrauchens

Das Hess. LSG hat die Rechte der Arbeitnehmer im Hinblick auf einen rauchfreien Arbeitsplatz gestärkt. In dem entschiedenen Fall durfte im gesamten Unternehmen nach Einverständnis des Arbeitgebers geraucht werden. Der Kläger konnte und wollte sich diesem gesundheitsgefährdenden Qualm nicht aussetzen. Nach erfolgloser Intervention beim Arbeitgeber kündigte er sein Arbeitsverhältnis. Das Gericht sah wegen der Gesundheitsgefahren einen wichtigen Grund für die sofortige Lösung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitnehmer selbst. Daher habe er auch sofort Anspruch auf Arbeitslosengeld und müsse sich keine Sperrzeit wegen grob fahrlässiger Herbeiführung der Arbeitslosigkeit entgegenhalten lassen.

Das Hess. LSG hatte wegen der Bedeutung der Sache die Revision zum BSG zugelassen. Die Bundesagentur für Arbeit hat jedoch auf die Einlegung verzichtet. Damit ist das Urteil rechtskräftig; andere Arbeitnehmer können hierauf Bezug nehmen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Bemühungen des Arbeitnehmers um einen rauchfreien Arbeitsplatz nachweislich gescheitert sind.

Hess. LSG Ur. - Az.: L 6 AL 24/05 -

Verfahrensrecht

Keine Prozesskostenhilfe bei anwaltlicher Vertretung im Schwerbehindertenverfahren

Das Bay. LSG vertritt die Ansicht, dass die Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) und Beordnung eines Rechtsanwaltes in Schwerbehindertenverfahren über einen höheren GdB bzw. über Nachteilsausgleiche nicht erforderlich oder gar geboten sei. In sozialgerichtlichen Verfahren ist in erster und zweiter Instanz eine Anwaltsvertretung nicht vorgeschrieben. Der Ausgang des Verfahrens würde von dem Ergebnis der Amtsermittlungen des Gerichts abhängen. Einer anwaltlichen Vertretung bedürfe es daher nicht.

Wir halten diese Entscheidung für skandalös, denn sie besagt letztlich, dass eine anwaltliche Vertretung der Versicherten vor den Sozialgerichten und Landessozialgerichten wegen des Amtsermittlungsprinzips stets überflüssig sei. Darin kommt zum Ausdruck, dass die Ermittlungen des Gerichts und seine tatsächlichen und rechtlichen Schlussfolgerungen stets richtig und vollständig seien und die Richter quasi als Vollgötter in schwarz immer unfehlbare Entscheidungen treffen würden. Die Ausführungen im Beschluss lassen sich auf jedes beliebige sozialgerichtliche Verfahren anwenden. Damit werden die Rechte der nicht rechtsschutzversicherten Kläger(innen) maßgeblich verkürzt.

Bay. LSG PKH-Beschluss v. 29.01.2007 - Az.: L 15 B 25/07 SB -

Arzthaftung

Zahnarzt haftet für falsche Interpretation von Schmerzzuständen nach Wurzelbehandlung

Nach einem Urteil des OLG Köln könne nach einer zahnärztlichen Wurzelbehandlung und Versorgung mit Keramikfüllungen bei anhaltenden Schmerzen von länger als 4 Tagen nicht mehr von einem Anpassungsschmerz ausgegangen werden. Vielmehr müsse dann die Ursache durch eine neue Röntgenkontrolle abgeklärt werden. Unterlässt dies der behandelnde Zahnarzt so handele es sich um einen Behandlungsfehler, der sogar zur Umkehr der Beweislast führen könne. In dem entschiedenen Fall verhalf diese Beweiserleichterung der Patientin zum Erfolg der Schadensersatzklage, denn ansonsten hätte sie nicht nachweisen können, dass die ihr entfernten entzündeten Zähne bei fachgerechter und rechtzeitiger Behandlung hätten erhalten werden können.

OLG Köln Ur. v. 01.03.2006 - Az.: 5 U 148/04 –

Private Unfallversicherung

Fußgänger verliert privaten Versicherungsschutz schon bei 1,63 Promille

Nach einem Beschluss des OLG Köln können Fußgänger bereits bei einer Alkoholisierung von 1,63 Promille ihren Versicherungsschutz in der privaten Unfallversicherung verlieren. Nach den Versicherungsbedingungen führe ein Unfall, der auf eine Bewusstseinsstörung aufgrund Trunkenheit zurückzuführen sei, zum Ausschluss des Versicherungsschutzes. Eine dementsprechende Bewusstseinsstörung würde bei Radfahrern bei 1,6 Promille (=absolute Fahruntüchtigkeit) und bei Fußgängern erst bei 2,0 Promille zu vermuten sein. Jedoch könne bei hinreichenden Anhaltspunkten dafür, dass der Unfall nur auf eine starke Alkoholisierung zurückzuführen sei, der Verlust des privaten Versicherungsschutzes auch unterhalb dieser Promillewerte eintreten.

OLG Köln Besch. - Az.: 5 W 117/06 -

Nächste Ausgabe erscheint am 17.07.2007!

Alle Ausgaben abrufbar auf

www.info-sozialrecht.de

oder

www.tls-rechtsanwaelte.de/publikationen.htm

Hinweis: Die in dieser Publikation zusammengefassten News, Beiträge und Urteilsbesprechungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Sie können im Einzelfall eine anwaltliche Beratung nicht ersetzen. Eine Haftung der Verfasser ist ausgeschlossen.