

**Einführung in
das Sozialrecht
der Bundesrepublik Deutschland**

WS 2022/2023

Eckhard Kreßel

Termine:

08.12.2022

15.12.2022

12.01.2023

19.01.2023

26.01.2023

Literatur:

- Waltermann Sozialrecht, 15. Auflage 2022
- Kokemoor Sozialrecht, 10. Auflage 2022
- Schaumberg Sozialrecht, 3. Aufl. 2020
- Eichenhofer Sozialrecht, 12. Auflage 2021
- Muckel/Ogorek/Nixen Sozialrecht, 5. Aufl. 2019
- Janda, Klausurenkurs im Sozialrecht, 10. Aufl. 20

Teil 1 Sozialrecht – Allgemeine Grundlagen

Gliederung des Sozialrechts

Klassische Einteilung:

Versicherung
↓
Kranken-, Pflege-,
Renten-, Arbeitslosen- und
Unfallversicherung

Versorgung
↓
Kriegsopferversorgung,
Infektionsschutzgesetz

Fürsorge
↓
Grundsicherungen,
Bürgergeld,
Sozialhilfe

Aktuelle Struktur:

Soziale Vorsorge

Soziale Entschädigung

Soziale Förderung

Soziale Hilfe

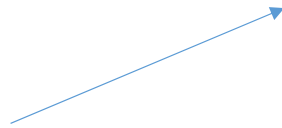
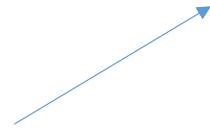
Es ist der **Zweck**
entscheidend ...

Eintritt von
sozialen Risiken
z.B. Krankheit,
Alter

Ausgleich von
Sonderopfern für die
Allgemeinheit

Herstellung von
Chancengleichheit
z.B. bei der Bildung

Sicherung des menschen-
würdigen Lebens
z.B. durch die
Grundsicherungen



Sozialrecht im materiellen Sinne

- Gewährung von Dienst-, Sach- und Geldleistungen an private Personen
- Zur Vorsorge, zum Ausgleich von Nachteilen, zur Förderung und bei Bedürftigkeit
- Verwirklichung von sozialer Sicherheit
- Menschenwürdiges Leben sichern und Nachteile ausgleichen
- Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit

§ 1 SGB I

- Sozialrecht ist rechtlicher Schutz durch öffentlich-rechtliche Institutionen
- Allerdings gilt der Grundsatz der Subsidiarität
- Die Unterhaltspflichten bleiben weiterhin bestehen, §§ 1601 ff BGB, allerdings schützt eine Jahreseinkommengrenze, § 94 Abs. 1a SGB XII und § 33 Abs. 2 SGB II
- Ergänzend gibt es gemeinnützige und mildtätige Organisation

Sozialrecht im formellen Sinne:

Alle Normen, die zum Sozialrecht zählen, insbesondere die Bücher des SGB und die Besonderen Teile nach § 68 SGB I

Sozialrecht und Sozialversicherungsrecht

SGB I – Allgemeiner Teil

Sonstiges Sozialrecht

Sozialversicherungsrecht

Besondere Teile des
Sozialgesetzbuches –
§ 68 SGB I i.V.m.
dem jeweiligen Gesetz

SGB XI

SGB VII

SGB IX –
Rehabilitation und Teilhabe

SGB VI

SGB VIII – Kinder- und
Jugendhilfe

SGB V

SGB II – Grundsicherung für
Arbeitssuchende

SGB III

SGB XII
Sozialhilfe – Grundsicherung im Alter

SGB IV – Allgemeiner Teil

Sozialverwaltungsverfahren- und Datenschutz – SGB X

Sozialgerichtsgesetz - SGG

Sozialgesetze in Deutschland

- **Sozialgesetzbuch I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV**
 - **Asylbewerberleistungsgesetz**
 - **Wohngeldgesetz**
 - **Infektionsschutzgesetz**
 - **Seemannsgesetz**
 - **Sozialgerichtsgesetz**
 - **Bundesversorgungsgesetz**
- **Bundesausbildungsförderungsgesetz**
 - **Mutterschutzgesetz**
 - **Bundeskindergeldgesetz**
 - **Elternzeitgesetz**
 - **Unterhaltsvorschussgesetz**
 - **Fremdrentengesetz**

Aufgaben des Sozialrechts

§ 1 SGB I :

Verwirklichung:

Soziale Gerechtigkeit – Soziale Sicherheit

durch Sozialleistungen und soziale und erzieherische Hilfen

Ausprägung:

Menschenwürdiges Dasein – Gleiche Voraussetzungen für Entfaltung –
Familie schützen und fördern – Erwerb des Lebensunterhalts –
Ausgleich besonderer Belastungen – Förderung der Selbsthilfe

Erfüllung der Aufgaben durch Schaffung von Sozialen Rechten aus den Sozialbüchern und den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches gemäß § 2 SGB I

Grundsatz:

Teilweise Subsidiarität von Sozialleistungen bei Bedürftigkeitsprüfung

Aufgaben des Sozialrechts

Kernaufgabe des Sozialrechts ist die Verwirklichung von sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit; dies sind sehr allgemein gehaltene Zielvorgaben;

beides sind keine Gegensätze, sondern ergänzen sich und stehen in Wechselwirkung; sie sind eine Konkretisierung des verfassungsrechtlichen Sozialstaatsprinzips und der Menschenwürde. Allerdings handelt es sich hier um unbestimmte Rechtsbegriffe mit unklarem Inhalt

Verwirklichung soziale Gerechtigkeit: Es geht darum, dass jeder Mensch die Möglichkeit haben soll, eine seinen individuellen Kräften und Fähigkeiten entsprechende soziale Stellung in Staat und Gesellschaft zu erlangen; es geht daher um die **Chancengleichheit**; sozialrechtliche Vorschriften sollen daher Chancengleichheit herstellen, z.B. für Menschen mit Behinderungen, für Familien, für Opfer von Straftaten etc.; also Leistungen insbesondere zur kollektiven Risikoabsicherung

Verwirklichung soziale Sicherheit: Es geht um die Sicherstellung eines menschenwürdigen Daseins. Hierzu zählen die Sicherstellung des Existenzminimums, die Absicherung gegen die Wechselfälle des Lebens etc.

Auch das **Recht der Europäischen Union** kennt ähnliche Inhalte:

- **Sozialpolitik** als Zuständigkeitsbeschreibung, Art 4 Abs. 2 lit) AEUV
- **Soziale Gerechtigkeit** und **sozialer Schutz** als Ziele der Europäischen Union, Art 3 Abs. 3 Unterabsatz AEUV
- **Sozialer Schutz** und **soziale Sicherheit** als Ziele und Inhalte der Europäischen Sozialpolitik, Art 151, Art 153 Abs. 1 lit. c) AEUV

Verfassungsrechtliche Grundlagen

Hierzu Eichenhofer, Sozialrecht, § 5; Kokemoor, Sozialrecht, 1. Kap. V

1

Die Bundesrepublik Deutschland ist nach der Staatszielbestimmung der Art 20 und 28 ausdrücklich ein **Sozialstaat**; diese Staatszielbestimmung fällt unter die „**Ewigkeitsgarantie**“ des Art 79 Abs. 3 GG:

Dies ist ein ausdrücklicher **Gestaltungsauftrag** an den Gesetzgeber

zur Herstellung von **sozialer Gerechtigkeit** und **sozialer Sicherheit** bei **hohem gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum** den Sozialstaat durch **Soziale Rechte** zur Hilfe gegen Armut und Not, gegen die Wechselfälle des Lebens und zur Sicherung von Chancengleichheit zu gestalten;

individueller Ansprüche ergeben sich jedoch nach § 31 SGB I in der Regel erst nach einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung.

Die **Gesetzgebungskompetenz** für Regelungen zum Sozialrecht ergeben sich im wesentlichen aus Art 74 Abs. 1 Nr. 7, 9, 12, 13, 19a GG.

Es gibt auch **Grundrechte**, die einen **unmittelbaren sozialstaatlichen Schutzauftrag** an den Gesetzgeber haben:

Art 1 GG (Menschenwürde), Art 6 GG (Schutz von Ehe und Familie; Pflege und Erziehung von Kindern; Schutz von Müttern und Gleichstellung von nichtehelichen Kindern), Verbot von Ungleichbehandlung und Diskriminierung (Art 3 GG).

Aber auch **Freiheitsgrundrechte** können eine **sozialstaatliche Dimension** haben: So ist die **Pflichtmitgliedschaft** in der gesetzlichen Sozialversicherung (EuGH v. 18.11.2008 C-350/07 zur deutschen gesetzlichen Unfallversicherung; ebenso zur italienischen Unfallversicherung EuGH v. 22.1.2002 C-218/00 vor dem Hintergrund der Dienstleistungsfreiheit nach Art 56 AEUV) sowie die **Zulassung** als Vertragsarzt oder Leistungserbringer an **Art 2 Abs. 1 GG (Allgemeine Handlungsfreiheit)** und Art 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit) zu messen. Bei der **Beitragsbelastung** ist **Art 3 Abs. 1** und **Art 6 Abs. 1 GG** zu beachten.

Anwartschaften in der Sozialversicherung, die auf eigener Beitragsleistung beruhen (insb. in der gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung) sind **als Eigentum nach Art 14 GG** geschützt.

Bedeutung der Grundrechte im Sozialrecht:

- **Unmittelbarer Schutzauftrag und Schutzpflicht aus Art 1, Art 6 und Art 3 GG**
- **Sicherung des Existenzminimums aus Art 1 GG i.V.m. Art 20 Abs. 1 GG**
- **Begrenzter Verwertungsschutz aus Art 3 bei großen selbstbewohnten Wohnungen (BVerfG v. 28.4.2022 1 BvL 12/20)**
- **Rechtfertigung der Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Sozialversicherung durch Art 20 Abs. 1 GG gegenüber Art 2 Abs. 1 GG**
- **Zulassung als Leistungserbringer im Sozialleistungssystem (Vertragsärzte) durch Art 12 Abs. 1 GG**
- **Beitragsbelastung für Familien in der Sozialen Pflegeversicherung, Art 3 und Art 6 GG (Belastungsgleichheit)**
- **Schutz von Anwartschaften in der gesetzlichen Sozialversicherung durch Beitragszahlung als Eigentum nach Art 14 Abs. 1 GG**
- **Zuordnung von allgemeinen Lebensrisiken an die Beitragszahler der gesetzlichen Sozialversicherung bzw. die Zuordnung von versicherungsfremden Leistungen an die Sozialversicherung, Art 12 Abs. 1, Art 14 Abs. 1, Art 2 Abs. 1 GG**

Sozialstaat – Sicherung des Existenzminimums

Das Bundesverfassungsgericht und das Bundessozialgericht leiten unmittelbar aus Art 1 und Art 20 GG einen **Rechtsanspruch auf Sicherung des Existenzminimums**, das die Würde des Menschen wahrt, ab:

So ergibt sich nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG v. 9.2.2010, BVerfGE 125, 175 ff; BVerfG v. 18.7.2012, BVerfGE 132, 134 ff; BVerfG v. 23.7.2014, Az: 1 BvL 10/12) das **Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums** aus Art 1 Abs. 1 GG i.V.m. Art 20 Abs. 1 GG; Art 1 Abs. 1 GG begründet **diesen Anspruch**; das Sozialstaatsgebot erteilt dem Gesetzgeber den Auftrag, jedem ein menschenwürdiges Existenzminimum zu sichern, wobei dem ein **Gestaltungsspielraum** bei den unausweichlichen Wertungen zukommt, die mit der Bestimmung der Höhe des Existenzminimums verbunden sind. **Das Grundrecht bedarf daher der Konkretisierung und der stetigen Aktualisierung.** Wenn einem Menschen die notwendigen Mittel weder aus Erwerbstätigkeit noch aus eigenem Vermögen noch durch Zuwendungen Dritter zur Verfügung stehen, ist der Staat zum **Schutz** der Menschenwürde verpflichtet, es handelt sich also **nicht nur um ein Abwehr-, sondern auch um ein Gewährleistungsgrundrecht.** Der verfassungsrechtliche Leistungsanspruch erstreckt sich nur auf diejenigen Mittel, die zur Aufrechterhaltung eines menschenwürdigen Daseins unbedingt erforderlich sind. Er gewährleistet das gesamte Existenzminimum, **sowohl die physische Existenz**, also Nahrung, Kleidung, Wohnung, Heizung, Hygiene und Gesundheit, **als auch ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen und politischen Leben.** Derartige Entscheidungen muss der Gesetzgeber durch ein Gesetz treffen, das den Betroffenen ein **subjektives Recht** verleiht. Der Gesetzgeber hat einen **weiten Ermessungsspielraum**; dem entspricht eine **zurückhaltende Kontrolle** durch das Bundesverfassungsgericht und beschränkt sich darauf, ob die Leistungen evident unzureichend sind. Der Gesetzgeber hat allerdings **die Obliegenheit, die eingesetzten Methoden und Berechnungsschritte zur Bestimmung des Existenzminimums nachvollziehbar offenzulegen.**

Danach sind die **Leistungen zur Grundsicherungen** nach §§ 20 ff. SGB II grundsätzlich verfassungsgemäß (BVerfG v. 23.7.2014, Az: 1 BvL 10/12). Hinsichtlich der Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz** hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG v. 18.7.2012, BVerfGE 132, 134 ff.) die Regelung als verfassungswidrig angesehen; dort galt eine Grundleistung von 224,97 € (demgegenüber galt in der Grundsicherung eine Grundleistung von 374 €).

Sozialstaat – Sicherung des Existenzminimums

Entscheidung des BVerfG vom 5.11.2019 – 1 BvL 7/16 zu den Mitwirkungspflichten bei Bezug der Grundsicherung:

Im Ausgangspunkt steht die Entscheidung des Gesetzgebers in § 31a Abs. 1 SGB II, existenzsichernde Geldleistungen nach Maßgabe des § 31b SGB II zu mindern oder ganz zu entziehen, um **Mitwirkungspflichten** nach § 31 Abs. 1 SGB II durchzusetzen, mit den Anforderungen des Grundgesetzes in Einklang. Die Regelungen genügen aber in der konkreten Ausgestaltung nicht den **hier geltenden strengen Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit**.

Die zentralen Anforderungen an den Gesetzgeber für die Ausgestaltung der Grundsicherungsleistungen für Erwerbsfähige ergeben sich aus der **grundrechtlichen Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG**. Gesichert werden muss **die physische und soziokulturelle Existenz als einheitliche Gewährleistung**:

- Der Gesetzgeber darf sich dafür entscheiden, existenzsichernde Leistungen nur nach Maßgabe der Bedürftigkeit zur Verfügung zu stellen. Er verfügt insofern über **einen Ausgestaltungsspielraum**.
- Dem Gesetzgeber ist es dann nicht verwehrt, Instrumente zu schaffen, um **derartige Mitwirkungspflichten durchzusetzen**; auch sie müssen den Anforderungen der Verhältnismäßigkeit genügen. Setzt er also im Bereich der Gewährleistung der menschenwürdigen Existenz selbst an, sind diese **Anforderungen besonders streng**. Bei der **Ausgestaltung der Sanktionen** sind im Übrigen weitere Grundrechte zu beachten, wenn ihr Schutzbereich berührt ist.
- Das Grundgesetz verwehrt dem Gesetzgeber nicht, die Inanspruchnahme sozialer Leistungen zur Sicherung der menschenwürdigen Existenz an den **Nachranggrundsatz** zu binden, also nur dann zur Verfügung zu stellen, **wenn Menschen ihre Existenz nicht vorrangig selbst sichern können**. Auch der soziale Rechtsstaat ist darauf angewiesen, dass Mittel der Allgemeinheit, die zur Hilfe für deren bedürftige Mitglieder bestimmt sind, nur in Fällen in Anspruch genommen werden, in denen **wirkliche Bedürftigkeit** vorliegt. Eine daran anknüpfende **Schonung der begrenzten finanziellen Ressourcen** des Staates sichert diesem künftige Gestaltungsmacht gerade auch zur Verwirklichung des sozialen Staatsziels.

§ 31a SGB II a.F.:

§ 31a SGB II Rechtsfolgen bei Pflichtverletzungen

- (1) Bei einer Pflichtverletzung nach § 31 mindert sich das Arbeitslosengeld II in einer ersten Stufe um 30 Prozent des für die erwerbsfähige leistungsberechtigte Person nach § 20 maßgebenden Regelbedarfs. Bei der ersten wiederholten Pflichtverletzung nach § 31 mindert sich das Arbeitslosengeld II um 60 Prozent des für die erwerbsfähige leistungsberechtigte Person nach § 20 maßgebenden Regelbedarfs. Bei jeder weiteren wiederholten Pflichtverletzung nach § 31 entfällt das Arbeitslosengeld II vollständig. Eine wiederholte Pflichtverletzung liegt nur vor, wenn bereits zuvor eine Minderung festgestellt wurde. Sie liegt nicht vor, wenn der Beginn des vorangegangenen Minderungszeitraums länger als ein Jahr zurückliegt. Erklären sich erwerbsfähige Leistungsberechtigte nachträglich bereit, ihren Pflichten nachzukommen, kann der zuständige Träger die Minderung der Leistungen nach Satz 3 ab diesem Zeitpunkt auf 60 Prozent des für sie nach § 20 maßgebenden Regelbedarfs begrenzen.

Sozialstaat – Sicherung des Existenzminimums

Entscheidung des BVerfG vom 5.11.2019 – 1 BvL 7/16 zu den Mitwirkungspflichten bei Bezug der Grundsicherung:

Mit der verfassungsrechtlichen Gewährleistung einer menschenwürdigen Existenz kann eine Leistungsminderung vereinbar sein:

- Sie kann die Anforderungen aus Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG wahren, wenn sie nicht darauf ausgerichtet ist, **repressiv** Fehlverhalten zu ahnden, sondern darauf, dass **Mitwirkungspflichten** erfüllt werden, die gerade dazu dienen, die existenzielle Bedürftigkeit zu vermeiden oder zu überwinden.
- Der Gesetzgeber verfolgt daher mit § 31a Abs. 1 Sätze 1, 2 und 3 in Verbindung mit § 31b SGB II ein **legitimes Ziel**; die weiteren Anforderungen der Verhältnismäßigkeit sind jedoch **nicht vollständig erfüllt**:
 - Die in § 31a Abs. 1 Satz 1 SGB II normierte Höhe einer Minderung um **30 % vom maßgebenden Regelbedarf** ist für sich genommen nach derzeitigem Kenntnisstand **nicht zu beanstanden**.
 - Doch genügen den hier strengen Anforderungen der Verhältnismäßigkeit die nach § 31a Abs. 1 Satz 1 SGB II in der derzeitigen Ausgestaltung zwingende Vorgabe, **auch in Fällen außergewöhnlicher Härte** existenzsichernde Leistungen zu mindern und die nach § 31b Abs. 1 Satz 3 SGB II unabhängig von der Mitwirkung der Betroffenen **starr vorgegebene Dauer** nicht.
 - Mit § 31a Abs. 1 Satz 2 SGB II kann sich der Gesetzgeber zudem grundsätzlich dafür entscheiden, im Fall **wiederholter Pflichtverletzung erneut zu sanktionieren**.
 - Eine Minderung in dieser Höhe (**60%**) ist jedoch **nach derzeitigem Erkenntnisstand** jedenfalls nicht zumutbar. Das gilt auch hier für die **zwingende und starr andauernde Ausgestaltung**.
 - Ebenso wenig ist nach dem derzeitigen Kenntnisstand **der völlige Wegfall des Arbeitslosengeldes II** nach § 31a Abs. 1 Satz 3 SGB II verfassungsrechtlich zu rechtfertigen.

Sozialstaat – Sicherung des Existenzminimums

Soziale Grund-Sicherung für Ausländer aus der EU und aus Drittstaaten

§ 7 SGB II Leistungsberechtigte

(1) Leistungen nach diesem Buch erhalten Personen, die

1. das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach § 7a noch nicht erreicht haben,
2. erwerbsfähig sind,
3. hilfebedürftig sind und
4. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben (erwerbsfähige Leistungsberechtigte).

Ausgenommen sind

1. Ausländerinnen und Ausländer, die weder in der Bundesrepublik Deutschland Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer oder Selbständige noch aufgrund des § 2 Absatz 3 des Freizügigkeitsgesetzes/EU freizügigkeitsberechtigt sind, und ihre Familienangehörigen für die ersten drei Monate ihres Aufenthalts,

2. Ausländerinnen und Ausländer,

a) die kein Aufenthaltsrecht haben oder

b) deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitsuche ergibt,

und ihre Familienangehörigen,

3. Leistungsberechtigte nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Satz 2 Nummer 1 gilt nicht für Ausländerinnen und Ausländer, die sich mit einem Aufenthaltstitel nach Kapitel 2 Abschnitt 5 des Aufenthaltsgesetzes in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Abweichend von Satz 2 Nummer 2 erhalten Ausländerinnen und Ausländer und ihre Familienangehörigen Leistungen nach diesem Buch, wenn sie seit mindestens fünf Jahren ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet haben; dies gilt nicht, wenn der Verlust des Rechts nach § 2 Absatz 1 des Freizügigkeitsgesetzes/EU festgestellt wurde.

Sozialstaat – Sicherung des Existenzminimums

Nach der **Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (v. 30.8.2017 AZ: B 14 AS 31/16R und v. 9.8.2018 Az: B 14 AS 32/17)**
insb. zu EU-Bürgern

dürfen Menschen, die sich **tatsächlich** in Deutschland aufhalten, bei Hilfebedürftigkeit aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht vom Zugang zu gesetzlichen existenzsichernden Leistungen ausgeschlossen werden.

- Zwar können Ausländer einschließlich EU-Bürger keine **Grundsicherungsleistungen** beanspruchen, wenn sie weder über eine materielle Freizügigkeitsberechtigung nach dem EU/FreizügG noch ein Aufenthaltsrecht nach dem AufenthG besitzen (§ 7 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB II, § 23 Abs. 3 SGB XII, ebenso EuGH v. 11.11.2014 C-333/13-Dano, NJW 2015, 145 und v. 15.9.2015 C-67/14-Alimanovic, NJW 2016, 555).
- Allerdings hat dieser Personenkreis dann einen **Anspruch auf Ermessensleistungen nach § 23 Abs. 1 S. 3 SGB XII**; nach Ansicht des BSG sind diese Personengruppen nur vom Anspruch auf Sozialhilfe, nicht jedoch grundsätzlich von den Leistungen ausgeschlossen. Diese Auslegung des § 23 Abs. 1 S. 3 SGB XII wird nach Ansicht des BSG vom Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art 1 Abs. 1 i.V.m. Art 20 Abs. 1 GG bei einem tatsächlichen Aufenthalt eines Ausländers in Deutschland, dessen Aufenthalt faktisch geduldet wird, gefordert. Das BSG betont, dass ein solcher Anspruch im Detail durch den Gesetzgeber ausgestaltet werden kann. Der Anspruch richtet sich auf eine ermessensfehlerfreie Entscheidung, wobei das Ermessen auf Null reduziert sein kann.

Der Gesetzgeber hat diesen Anspruch durch § 23 Abs. 3 SGB XII neu seit 29.12.2016

weitgehend bis auf Überbrückungsleistungen (§ 23 Abs. 3 S. 3 ff. SGB XII) ausgeschlossen; in § 23 Abs. 3 S. 6 SGB XII gibt es noch bei besonderer Härte weitere Leistungen.

Sozialstaat – Sicherung des Existenzminimums Rechtsprechung des BSG zu EU-Bürgern

In Entscheidung vom 27.1.2021 Az: B 14 AS 25/20 R sieht das BSG im **Aufenthaltsrecht nach Art 10 VO (EU) 492/2011 (Freizügigkeitsrili)** (Familienangehörige von Arbeitnehmern oder ehemaligen Arbeitnehmern) **einen Rechtsgrund, der den Leistungsausschluss für EU-Ausländer nach § 7 Abs. 1 S. 2 SGB II entfallen lässt:**

Allerdings kann die Berufung auf das Aufenthaltsrecht missbräuchlich sein; hier muss nach Würdigung der objektiven Gesamtumstände auch ein subjektives Element, nämlich die Absicht, sich einen unionsrechtlichen Vorteil dadurch zu verschaffen, dass die Voraussetzungen des Art 10 „künstlich“ geschaffen wurden.

Dies kann sich auf die Aufnahme und Durchführung der Tätigkeit sowie auf die Einreisegründe beziehen; je mehr Zeit seit der Einreise vergangen ist, umso weniger sind die Einreisegründe relevant.

Anstelle der Leistungen nach dem SGB II kommen auch Leistungen zur Existenzsicherung nach Art 1 i.V.m. Art 20 GG in Betracht.

In der Entscheidung vom 12.5.2021 Az: B 4 AS 34/20 R betont das BSG, dass der Ausschlusstatbestand nach § 7 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB II entfällt, **sobald ein Aufenthaltsrecht vorliegt**, da dann die Voraussetzung „allein aus dem Zwecke der Arbeitssuche“ nicht mehr vorliegt.

Aufenthaltsrechte ergeben sich insbesondere aus § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 Freizügigkeitsgesetz/EU sowie aus dem fortwirkenden Aufenthaltsrecht nach § 2 Abs. 3 S. 2, wenn eine „Freizügigkeitsberechtigung“ besteht und aus Art 10 VO (EU) 492/2011). Für ein aus Art 10 VO (EU) 492/2011 abgeleitetes Aufenthaltsrecht wegen des Schulbesuchs reicht es aus, wenn ein Elternteil früher in einem Arbeitsverhältnis stand; Tätigkeiten von kurzer Dauer schließen dies nicht per se aus.

In einer Parallelentscheidung hatte das BSG zudem festgestellt, dass auch ein mit 250 EUR vergüteter Minijob ein Arbeitsverhältnis darstellt und insofern ausreichen kann, um ein Aufenthaltsrecht nach Art. 10 zu begründen.

Auch hier wiederholt das BSG, dass anstelle von Leistungen zur Grundsicherung auch Leistungen zur Existenzsicherung nach Art 1 i.V.m. Art 20 GG in Betracht kommen, die das BSG im Dritten Kapitel des SGB XII kodifiziert sieht.

BSG vom 29.3.2022, B 4 AS 2/21 R:

- Die **Leistungsausschlüsse nach § 7 Abs. 1 S. 2 SGB II und § 23 Abs. 3 SGB XII** gestalten verfassungskonform den Nachranggrundsatz bzw. das Subsidiaritätsprinzip aus, der dem deutschen Sozialleistungssystem immanent ist.
- Auch das Grundrecht auf **Gewährleistung eines menschwürdigen Existenzminimums nach Art 1 GG** ist nicht verletzt. Bei Unionsbürgern ohne Aufenthaltsrecht oder lediglich mit Aufenthaltsrecht allein zum Zweck der Arbeitssuche besteht dann kein Anspruch auf Sicherung des Lebensunterhalts, wenn eine Ausreise, insbesondere eine Rückkehr in das Heimatland möglich ist.
- **Eine voraussetzungslose Gewährleistung von Sozialleistungen lässt sich nicht dem Grundgesetz entnehmen**, d.h. der Gesetzgeber kann Grundsicherungsleistungen an formelle und materielle Voraussetzungen knüpfen. Daher darf der Gesetzgeber Unionsbürger regelmäßig darauf verweisen, die erforderlichen Existenzsicherungsleistungen im Heimatstaat zu realisieren.
- Voraussetzung für den Wegfall des Leistungsanspruchs ist es nicht, dass zuvor das Nichtbestehen des Aufenthaltsrechts festgestellt sein muss.

Beitragsbelastung durch die gesetzliche Sozialversicherung

BVerfG v. 7.4.2022 Az: 1 BvL 3/18 zur sozialen Pflegeversicherung

Verfassungsrechtlicher Maßstab für die beitragsrechtlichen Regelungen in der Sozialversicherung bilden (aus Sicht des Versicherten) Art 3 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art 6 Abs. 1 GG.

Grundsätzlich gilt das Gebot der Belastungsgleichheit.

Art. 3 Abs. 1 GG gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Das hieraus folgende Gebot, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln, gilt für Belastungen und Begünstigungen. Dabei verwehrt Art. 3 Abs. 1 GG dem Gesetzgeber nicht jede Differenzierung. Ebenso wenig ist er gehalten, Ungleiches unter allen Umständen ungleich zu behandeln. **Differenzierungen bedürfen stets der Rechtfertigung durch Sachgründe**, die dem Ziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung angemessen sind. Dabei gilt ein stufenloser am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierter verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab.

Die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen erfordert die Beachtung des aus dem allgemeinen Gleichheitssatz abgeleiteten **Gebots der Belastungsgleichheit**, das sich auf alle staatlich geforderten Abgaben erstreckt.

Demgegenüber ist Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausprägung als Differenzierungsgebot in Ansatz zu bringen, wenn die **Belastungsungleichheit** auf tatsächlichen Ungleichheiten des zu ordnenden Lebenssachverhalts beruht. Als Differenzierungsgebot ist der allgemeine Gleichheitssatz nicht schon dann verletzt, wenn der Gesetzgeber Differenzierungen, die er vornehmen darf, nicht vornimmt. Er verletzt aber das Gleichheitsgrundrecht, wenn er es versäumt, tatsächliche Ungleichheiten des zu ordnenden Lebenssachverhalts zu berücksichtigen, die so bedeutsam sind, dass sie beachtet werden müssen.

Die von der Kinderzahl unabhängige Beitragsleistung dient zwar legitimen Zwecken (Praktikabilität und Verwaltungsvereinfachung), ist auch geeignet und erforderlich, **aber nicht verhältnismäßig im engeren Sinne** weil der Gesetzgeber die Grenzen zulässiger Typisierung überschritten hat

Eltern mit Kindern haben einen erheblichen Erziehungsaufwand und erbringen einen generativen Beitrag, der bereits ab dem zweiten Kind deutlich steigt; eine von der Kinderzahl unabhängige Beitragsbelastung ist verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt trotz des großen gesetzgeberischen Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers. Ein Ausgleich im System der Sozialen Pflegeversicherung besteht nur dadurch, dass der Versicherungsschutz dann auch für mehr Familienmitglieder gilt; bei dem geringen Risiko der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist das allerdings kein angemessener Ausgleich.

In der gesetzlichen Rentenversicherung besteht durch die Anerkennung von Kindererziehungszeiten und in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Familienversicherung ein entsprechender Ausgleich für Familien mit mehreren Kindern.

Begrenzter Verwertungsschutz für selbst bewohntes Wohneigentum BVerfG v. 28.4.2022 1 BvL 12/20

Es verstößt nicht gegen Art. 3 Abs.1 GG, dass das SGB II allen Betroffenen gleichermaßen die Verwertung von aktuell unangemessen großem Wohneigentum abverlangt, ohne danach zu unterscheiden, ob es sich um schon immer in diesem Sinne unangemessen großes Wohneigentum handelt oder ob es früher mit Kindern bewohnt wurde und vor deren Auszug angemessen war.

Für die Frage der angemessenen Größe von Wohnraum auf die aktuelle Bewohnerzahl abzustellen, ist zur Realisierung des Bedarfsdeckungsprinzips auch im verfassungsrechtlichen Sinne geeignet und erforderlich und die daraus für Eltern ausgezogener Kinder resultierende Ungleichheit steht zu dem Regelungszweck nicht außer Verhältnis.

Das mit der Regelung verfolgte Ziel, **die Gewährung staatlicher Grundsicherungsleistungen auf die Deckung des aktuellen Bedarfs zu beschränken**, ist von Gewicht. Denn auch der soziale Rechtsstaat ist darauf angewiesen, dass **Mittel der Allgemeinheit**, die zur Hilfe für deren bedürftige Mitglieder bestimmt sind, **nur in Fällen in Anspruch genommen werden, in denen aktuell Bedürftigkeit vorliegt**.

Auf der anderen Seite werden den Betroffenen hier nicht Leistungen verwehrt, die sie zur Existenzsicherung benötigten.

Sozialrecht und das Recht der Europäischen Union

Für Sozialleistungen gilt in der Bundesrepublik grundsätzlich das Wohnsitzprinzip, d.h. das deutsche Sozialrecht gilt für Menschen, die in der Bundesrepublik Deutschland leben, § 30 Abs. 1 SGB I bzw. § 3 SGB IV für die Sozialversicherung.

Allerdings gehen diesem Grundsatz die bi- oder multilateralen **Sozialversicherungsabkommen** sowie überstaatliche Vereinbarungen vor, § 30 Abs. 2 SGB I. Das zwischenstaatliche Sozialrecht ist in der Regel ein **sozialrechtliches Kollisionsrecht**.

Zum überstaatlichen Sozialrecht gehört auch das
Recht der Europäischen Union:

Nach Art 4 Abs. 2 lit. b AEUV hat die Union in der **Sozialpolitik** nur eine **geteilte Zuständigkeit** nach dem **Grundsatz der begrenzten Einzelermächtigung:**

- **Sozialpolitik**, Art 151 ff AEUV, insb. Art 153 AEUV (insb. Arbeitsschutz, sozialer Schutz, etc.); die Zuständigkeit ist aber nach Art 153 Abs. 2 und 4 AEUV stark eingeschränkt
- Beschäftigungspolitik, Art 145 ff. AEUV
- Europäische Sozialfonds, Art 162 ff. AEUV
- Querschnittsklausel zum Sozialen Schutz, Art 9 AEUV
- **Soziale Sicherheit bei Freizügigkeit, Art 48 AEUV i.V.m. EU—VO 883/2004**

→ Für Menschen in der Europäischen Union ergibt sich das jeweils anwendbare nationale Sozialrecht aus Art 11 VO 883/2004; es gibt aber keine „europäischen Sozialleistungen“, da die Grundprinzipien des Systems der sozialen Sicherheit in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten verbleiben, Art 153 Abs. 4 AEUV

Impfrecht

- **Das Reichsimpfgesetz** vom 8.4.1874: Impfpflicht gegen Pocken; Impfpflicht bei Kindern wurde durch Polizei vollstreckt; i.ü. gab es 3 Tage Haft bzw. 50 Mark Geldstrafe. Die Impfpflicht gegen Pocken wurde erst am 12.2.1976 vom Deutschen Bundestag aufgehoben.
- **Das Reichsseuchengesetz** vom 30.6.1900 zur Verhütung und Bekämpfung von Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest) und Pocken (Blattern). Es regelte neben einer Meldepflicht für diese Krankheiten auch Schutzmaßnahmen, die gegenüber Kranken und krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen angeordnet werden konnten, beispielsweise die Absonderung sowie für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, dass sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, eine Desinfektion.
- **Das Bundesseuchengesetz** vom 1.1.1962 hat das Reichsseuchengesetz abgelöst.
- **Das Infektionsschutzgesetz** vom 20.7.2000; es hat das Bundesseuchengesetz abgelöst
Hier sind die Grundlagen für Impfungen geregelt. Das Gesetz hat zum Ziel, die Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten zu schützen.
- **Das Masernschutzgesetz** vom 13.2.2020
Das seit 1. März 2020 geltende Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention sieht unter anderem vor, dass alle Kinder ab einem Alter von einem Jahr, die Gemeinschaftseinrichtungen wie eine Kindertageseinrichtung oder einen Hort, bestimmte Formen der Kindertagespflege oder die Schule besuchen, **einen ausreichenden Schutz vor Masern nachweisen müssen**. Dies gilt auch für Kinder, die bereits vier Wochen in einem Kinderheim betreut werden, sowie alle nach 1970 Geborenen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Geflüchtete untergebracht sind. Darüber hinaus müssen Beschäftigte von Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen, die nach 1970 geboren sind, gegen Masern geschützt sein. **Die Impfpflicht wurde in § 20 Abs 8 IfSG integriert.**
- Der **Europäische Gerichtshof für Menschenrechte** (vom 8.4.2021) hält die Impfpflicht in Tschechien (Dort müssen Kinder verpflichtend gegen neun Krankheiten – darunter Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hepatitis B und Masern – geimpft werden) für zulässig

Impfrecht Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Die Ständige Impfkommission (STIKO)

Die Ständige Impfkommission ist ein Gremium aus Experten und Expertinnen, die Empfehlungen für Impfungen und Impftermine erarbeiten und herausgeben. Ärzte und Ärztinnen richten sich in der Regel nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO, die in Deutschland medizinischer Standard sind. Die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der STIKO werden gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium und den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) (Robert Koch 11.12.1843 bis 27.5.1910, Mediziner und Hygieniker, Nobelpreis 1905)

Das RKI hat die Aufgabe, medizinische Maßnahmen zu entwickeln, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern. Dazu gehören auch statistische Untersuchungen über die Ausbreitung von Infektionskrankheiten, die Erforschung der Ursachen, Diagnosen und die Vorbeugung.

Die Aufgaben des RKI sind in § 4 des Infektionsschutzgesetzes festgeschrieben.

Die Ständige Impfkommission hat am RKI ihren Sitz.

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Das Paul-Ehrlich-Institut ist das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel.

Die staatliche Zulassung und Überwachung von Impfstoffen sowie die Erfassung von Impfkomplicationen liegen beim Paul-Ehrlich-Institut.

Anerkennung von Impfschäden durch die Versorgungsämter

Die Begutachtung und Anerkennung von Impfschäden gilt nur für öffentlich empfohlene Impfungen (§ 60 IfSG) sowie für Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und ist Aufgabe der Versorgungsämter der Länder.

„Einrichtungsbezogene Impfpflicht“ nach § 20a IfSG n.F. - Immunitätsnachweis gegen COVID-19

**Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie
§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19. Das Gesetz tritt zum 01.01.2023 außer Kraft, Art 23 Abs. 4 i.V.m. Art 2 Nr. 1.**

(1) Folgende Personen müssen ab dem 15. März 2022 entweder geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sein:

1. Personen, die in folgenden Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind:

- a) Krankenhäuser,
- b) Einrichtungen für ambulantes Operieren,
- c) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- d) Dialyseeinrichtungen,
- e) Tageskliniken,
- f) Entbindungseinrichtungen,
- g) Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis f genannten Einrichtungen vergleichbar sind,
- h) Arztpraxen, Zahnarztpraxen,
- i) Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe,
- j) Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,
- k) Rettungsdienste,
- l) sozialpädiatrische Zentren nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- m) medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- n) Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und Dienste der beruflichen Rehabilitation,
- o) Begutachtungs- und Prüfdienste, die auf Grund der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch tätig werden,

2. Personen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder in vergleichbaren Einrichtungen tätig sind,

3. Personen, die in ambulanten Pflegediensten und weiteren Unternehmen, die den in Nummer 2 genannten Einrichtungen vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten, tätig sind; zu diesen Unternehmen gehören insbesondere:

- a) ambulante Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Einzelpersonen gemäß § 77 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
- b) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen,
- c) Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,
- d) Unternehmen, die Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und § 46 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,
- e) Beförderungsdienste, die für Einrichtungen nach Nummer 2 dort behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen befördern oder die Leistungen nach § 83 Absatz 1 Nummer 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen, und
- f) Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen.

Satz 1 gilt nicht für Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können.

(2) Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens bis zum

Ablauf des 15. März 2022 folgenden Nachweis vorzulegen:

1. einen Impfnachweis im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung,
2. einen Genesenennachweis im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung oder
3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können.

Wenn der Nachweis nach Satz 1 nicht bis zum Ablauf des 15. März 2022 vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, **hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt**, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, **darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Daten zu übermitteln.**

Einrichtungsbezogene Impfflicht:

- Impfflicht gegen Masern ist verfassungsgemäß, BVerfG vom 21.7.2022 1 BvR 469/20
- Impfflicht gegen COVID-19 vorläufig verfassungsgemäß, BVerfG vom 10.2.2022 1 BvR 2649/21

Haftung für Impf-Folgeschäden:

- Bis 1953 hatten die Menschen **keine Ersatzansprüche bei Impffolgeschäden**, allerdings für die medizinische Behandlung die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Mit Urteil vom 19.2.1953 hat der BGH (BGHZ 9, S. 82 ff.) **Entschädigungsansprüche** bei einer Impfflicht auf der Grundlage des Allgemeinen Aufopferungsanspruchs entsprechend §§ 74, 75 Einl. des Allgemeinen Preußischen Landrechts von 1794 anerkannt; mit Urteil vom 18.3.1957 (BGHZ 24, S. 45 ff.) wurde die Haftung für Impffolgeschäden auch bei staatlich empfohlenen Impfungen anerkannt.

In § 51 Bundesseuchengesetz sind dann 1961 gesetzliche Ansprüche geschaffen worden:

§ 51

(1) Wer durch eine gesetzlich vorgeschriebene oder eine auf Grund der Bestimmungen dieses Gesetzes angeordnete oder eine von einer Gesundheitsbehörde öffentlich empfohlene Schutzimpfung einen über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschaden erleidet, hat Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach den §§ 52 bis 55. Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz des in Absatz 1 genannten Schadens geht insoweit auf das zur Gewährung der Entschädigung verpflichtete Land über, als dieses dem Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetz Leistungen zu gewähren hat.

Entschädigungsansprüche nach §§ 60 ff IfSG:

§ 60 IfSG Versorgung bei Impfschaden und bei Gesundheitsschäden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

(1) Wer durch eine Schutzimpfung oder durch eine andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die

1. von einer zuständigen Landesbehörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurde,
- 1a. gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a, auch in Verbindung mit Nummer 2, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommen wurde,
2. auf Grund dieses Gesetzes angeordnet wurde,
3. gesetzlich vorgeschrieben war oder
4. auf Grund der Verordnungen zur Ausführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften durchgeführt worden ist,

eine **gesundheitliche Schädigung** erlitten hat,

erhält nach der Schutzimpfung wegen des Impfschadens im Sinne des § 2 Nr. 11 oder in dessen entsprechender Anwendung bei einer anderen Maßnahme **wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes, soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt.**

§ 61 IfSG Gesundheitsschadensanerkennung

Zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens als Folge einer Schädigung im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 **genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs**. Wenn diese Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann mit Zustimmung der für die Kriegsopferversorgung zuständigen obersten Landesbehörde der Gesundheitsschaden als Folge einer Schädigung im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 anerkannt werden. Die Zustimmung kann allgemein erteilt werden.

§ 9 BVG Leistungen

(1) Die Versorgung umfasst

1. Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung (§§ 10 bis 24a),
2. Leistungen der Kriegsopferfürsorge (§§ 25 bis 27I),
3. Beschädigtenrente (§§ 29 bis 34) und Pflegezulage (§ 35),
4. Bestattungsgeld (§ 36) und Sterbegeld (§ 37),
5. Hinterbliebenenrente (§§ 38 bis 52),
6. Bestattungsgeld beim Tod von Hinterbliebenen (§ 53).

(2) Auf Antrag werden folgende Leistungen nach diesem Gesetz durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbracht:

1. Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 26 und 26a,
3. Leistungen zur Teilhabe nach § 27d Absatz 1 Nummer 3,
4. Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 26c einschließlich der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 26d und
5. die Pflegezulage nach § 35.

Sozialbudget 2017

1. Gesetzliche Rentenversicherung: 304,1 Mrd. Euro,
2. Gesetzliche Krankenversicherung: 228,3 Mrd. Euro,
3. Beamtenpensionen: 57,7 Mrd. Euro,
4. Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers (vor allem bei Krankheit): 51,5 Mrd. Euro,
5. Kindergeld und Familienleistungsausgleich: 45,3 Mrd. Euro,
6. Grundsicherung für Arbeitsuchende: 45,0 Mrd. Euro,
7. Kinder- und Jugendhilfe: 46,5 Mrd. Euro,
8. Sozialhilfe: 39,9 Mrd. Euro,
9. Gesetzliche Arbeitslosenversicherung: 26,7 Mrd. Euro,
10. Betriebliche Altersversorgung: 28,3 Mrd. Euro,
11. Soziale Pflegeversicherung: 37,4 Mrd. Euro,
12. Gesetzliche Unfallversicherung: 13,6 Mrd. Euro
13. Private Krankenversicherung: 24,1 Mrd. Euro.

Gesamtvolumen: Ca. 965,3 Mrd. bedeuten Sozialleistungsquote von 29,6 % des BIP

Sozialleistungsbudget 2020

1. Gesetzliche Rentenversicherung: 343,8 Mrd. Euro,
2. Gesetzliche Krankenversicherung: 260,3 Mrd. Euro,
3. Beamtenpensionen: 82,9 Mrd. Euro,
4. Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers (vor allem bei Krankheit): 64,4 Mrd. Euro,
5. Kindergeld und Familienleistungsausgleich: 53,3 Mrd. Euro,
6. Grundsicherung für Arbeitsuchende: 44,6 Mrd. Euro,
7. Kinder- und Jugendhilfe
8. Sozialhilfe } 96,2 Mrd. €
9. Gesetzliche Arbeitslosenversicherung: 56,4 Mrd. Euro,
10. Betriebliche Altersversorgung: 27,1 Mrd. Euro,
11. Soziale Pflegeversicherung: 47,5 Mrd. Euro,
12. Gesetzliche Unfallversicherung: 14,7 Mrd. Euro
13. Private Krankenversicherung: ---- Mrd. Euro.

Gesamtvolumen: Ca. 1.119,4 Mrd. bedeuten
Sozialleistungsquote von 31,7 % des BIP.

Bundeshaushalt 2020: 362 Md; davon Arbeit- und Soziales
sowie Gesundheit: 170,6 Mrd.

Hauptergebnisse 2021 (im Vergleich zu 2020)

Sozialleistungen insgesamt:

1.161,5 Mrd. Euro (+ 3,4 %)

Sozialleistungsquote:

32,5 % (- 0,9 Prozentpunkte)

(Sozialleistungen in v. H. des Bruttoinlandsproduktes)

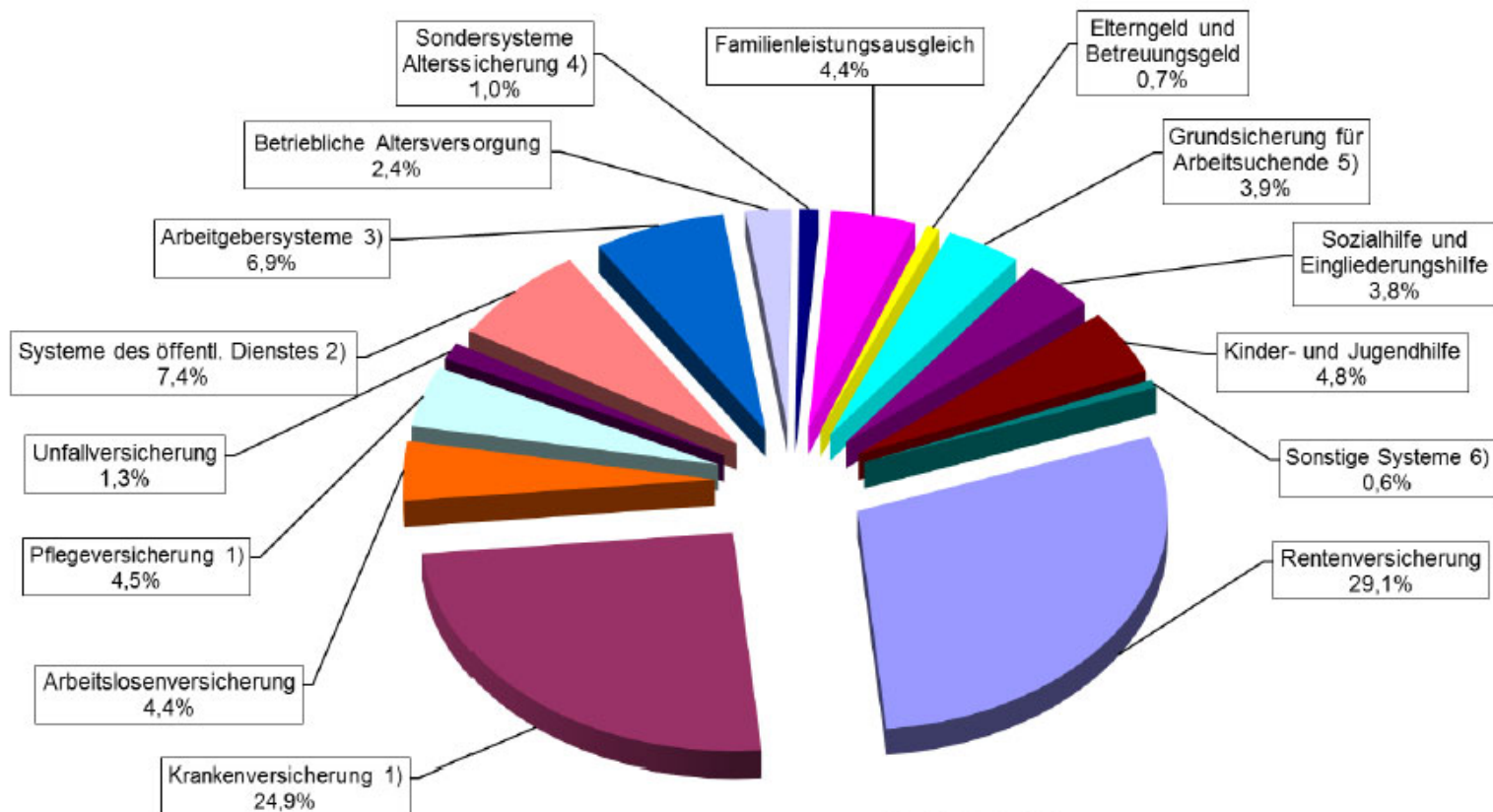
Sozialleistungen 2021

1. Gesetzliche Rentenversicherung: 351,7 Mrd. Euro,
2. Gesetzliche Krankenversicherung: 274,5 Mrd. Euro,
3. Beamtenpensionen: 89 Mrd. Euro,
4. Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers (vor allem bei Krankheit): 67,4 Mrd. Euro,
5. Kindergeld und Familienleistungsausgleich: 53,4 Mrd. Euro,
6. Grundsicherung für Arbeitsuchende: 46,1 Mrd. Euro,
7. Kinder- und Jugendhilfe 58,3 Mrd. Euro
8. Sozialhilfe 46 Mrd. Euro
9. Gesetzliche Arbeitslosenversicherung: 53,1 Mrd. Euro,
10. Betriebliche Altersversorgung: 28,6 Mrd. Euro,
11. Soziale Pflegeversicherung: 52,2 Mrd. Euro,
12. Gesetzliche Unfallversicherung: 15,2 Mrd. Euro
13. Private Krankenversicherung: 27 Mrd. Euro.

Gesamtvolumen: Ca. 1.161,5 Mrd. bedeuten
Sozialleistungsquote von 32,5 % des BIP.

Bundeshaushalt 2021: 557,1 Md; davon Arbeit- und Soziales
sowie Gesundheit: 223 Mrd.

**Das Sozialbudget nach Sicherungszweigen im Jahr 2021:
Anteile an den Gesamtausgaben einschließlich der Beiträge des Staates**



- 1) Gesetzlich und privat
- 2) Pensionen, Familienzuschläge, Beihilfen
- 3) Entgeltfortzahlung, Zusatzversorgung des öffentl. Dienstes u.a.m.
- 4) Alterssicherung der Landwirte, Versorgungswerke, private Altersvorsorge
- 5) einschließlich sonstige Arbeitsförderung
- 6) Ausbildungs- und Aufstiegsförderung, Wohngeld und Entschädigungssysteme

Systemstruktur des Sozialen Schutzes zur Sicherung des Lebensunterhalts

Von der Absicherung der „Wechselfälle des Lebens“ zur Sicherung des Lebensunterhalts:

- Grundsätzlich müssen sich die Menschen durch Erwerbstätigkeit oder Vermögen ihren Lebensunterhalt selbst verdienen (Grundsatz der Subsidiarität).

Durch den sogenannten steuerlichen Grundfreibetrag (2022: 9.984 €, 2023: 10.908 €) muss der Staat sicherstellen, dass das Grundeinkommen erhalten bleibt; der steuerliche Kinderfreibetrag einschl. Betreuungsbedarf etc. beträgt 2022 8.388 € (statt Kindergeld), 2023 8.952 €.

- Soweit die Menschen dazu nicht in der Lage sind, müssen sie zunächst auf die unterhaltspflichtigen Verwandten zurückgreifen (§§ 1601 ff. BGB); Einschränkung des Rückgriffs des Staates auf die Unterhaltsverpflichteten durch das **Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Eltern und Kinder**, die Leistungen der Hilfe zur Pflege oder andere Leistungen der Sozialhilfe erhalten (§ 94 Abs. 1a SGB XII)
- Kann auf diese Weise ein menschenwürdiges Leben nicht (mehr) sichergestellt werden, **muss der Sozial-Staat unterstützen (Art 20 Abs. 1 GG i.V.m. Art 1 GG).**

Schwerpunkte sind dabei



Alter, Krankheit (Arbeitsunfähigkeit) und Arbeitslosigkeit

Systemstruktur des Sozialen Schutzes

Die sozialen Sicherungssysteme zur Sicherung des Lebensunterhalts wirken gestuft:

1.Stufe: Leistungen der Sozialversicherung zur Sicherung des Lebensunterhalts

Erste Ebene von Leistungen der **Sozialversicherung** (gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Arbeitslosenversicherung und gesetzliche Rentenversicherung) schützt den Lebensunterhalt durch

Entgeltersatzleistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit durch **Krankengeld** (§§ 44 ff. SGB V) und **Arbeitslosengeld** (§§ 136 ff. SGB III) **befristet** und im Alter durch **Rente** (§§ 35 ff. SGB VI) **unbefristet**.

Zweite Ebene von Leistungen der **Sozialversicherung** bei andauernder Arbeitsunfähigkeit (Krankheit) und Ablauf des Leistungszeitraum für das Krankengeld durch die Arbeitslosenversicherung und ggf. durch die Rentenversicherung:

Es kommt das „**Nahtlosarbeitslosengeld**“ bei Minderung der Leistungsfähigkeit nach § 145 SGB III in Betracht. Kommt es zu einer Erwerbsminderung, entsteht ein Anspruch auf befristete oder unbefristete **Rente** wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 ff. SGB VI .

Systemstruktur des Sozialen Schutzes

Die sozialen Sicherungssysteme zur Sicherung des Lebensunterhalts wirken gestuft:

2. Stufe: Grundsicherungssysteme *(Keine grundlegende Änderung durch das Bürgergeld!)*

Bestehen solche Ansprüche auf Entgeltersatzleistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung nicht (mehr) oder sind sie nicht (mehr) ausreichend, kommen die **Grundsicherungssysteme** für **Arbeitssuchende** (§§ 7 ff., 19 ff SGB II Arbeitslosengeld II mit dem Regelbedarf) bzw. **bei Erwerbsminderung oder im Alter** (§§ 41 ff. SGB XII mit Regelbedarf nach § 42 SGB XII) in Betracht. Diese Leistungen setzen die **Bedürftigkeit** des Leistungsempfängers voraus (§ 9 SGB II, § 43 SGB XII). Vorrangig sind die Leistungen der anderen Sozialleistungsträger, § 12a SGB II.

3. Stufe: Sozialhilfe mit der Hilfe zum Lebensunterhalt

Soweit die oben genannten Leistungen nicht (mehr) bestehen, können ein Anspruch auf nach §§ 17 ff. SGB XII, insbesondere auf die **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach §§ 27 ff. SGB XII und **Hilfen zur Gesundheit** nach §§ 47 fff. SGB XII entstehen. Diese Leistungen setzen ebenfalls **Bedürftigkeit** voraus (§§ 2, 19 SGB XII). Hauptanwendungsfall sind Menschen, die die Voraussetzungen der §§ 7 ff. SGB II nicht erfüllen, insb. (vorübergehend) nicht erwerbsfähig sind.

Vorrangig sind die Leistungen der Grundsicherungen, § 19 Abs. 2 S. 2, § 21 S. 1 SGB XII; d.h. erwerbsfähige Personen, die grundsätzlich anspruchsberechtigt nach § 7 SGB II sind, erhalten auch dann keine Leistungen, wenn ein Ausschlussstatbestand nach dem SGB II (Vermögen) vorliegt (LSG Niedersachsen v. 10.12.2021, BeckRS 2021, 51785

Grund- (Mindest-)Sicherheitssysteme Keine Sozialversicherung!

Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme sind finanzielle Hilfen des Staates, die zur **Sicherung des grundlegenden Lebensunterhalts** an leistungsberechtigte Personen ausgezahlt werden.

Dazu zählen in der Sozialberichterstattung der amtlichen Statistik folgende Leistungen:

- **Grundsicherung bei Arbeitslosigkeit: Arbeitslosengeld (ALG) II und Sozialgeld** nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)
- **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII (§§ 41 ff. SGB XII)
- **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem SGB XII, insb. bei vorübergehender Erwerbsminderung, längerfristig Erkrankte und in Einrichtungen betreute Menschen (§§ 27 ff SGB XII)
- Regelleistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**
- Leistungen der **Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**
- **Weitere Leistungen im Sozialhilferecht sind die Hilfen in unterschiedlichen Lebenslagen:**
 - Hilfen zur Gesundheit §§ 47 bis 52 SGB XII
 - Hilfe zur Pflege §§ 61 bis 66a SGB XII
 - Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten §§ 67 bis 69 SGB XII
 - Hilfe in anderen Lebenslagen §§ 70 bis 74 SGB XII

Systemstruktur des Sozialen Schutzes

- I. **Eigenvorsorge durch Erwerbstätigkeit oder Vermögen (Grundsatz der Subsidiarität)**
- II. **Unterhaltsleistungen nach §§ 1601 ff. BGB**
- III. **Leistungen des Sozialstaats**
 1. Primär durch Sozialversicherung als Schutz gegen die Wechselfälle des Lebens
(Arbeitslosigkeit, Krankheit, Arbeitsunfall, Erwerbsminderung, Alter, Pflegefall, Tod)
 2. Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende, bei Erwerbsminderung und im Alter, Asylsuchende
 3. Leistungen der Sozialhilfe
- IV. **Karitative Leistungen**

Grundsicherung für Arbeitssuchende bzw. im Alter und bei Erwerbsminderung – SGB II und SGB XII

Die individuelle Grundsicherung setzt sich wie folgt zusammen:

- Regelbedarf
- + Mehrbedarf
- + Sonderbedarf
- + Unterkunftskosten
- + Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge
- + Zusätzliche Leistungen

Was ist mit dem Regelbedarf abgedeckt ?

Grundsätzlich alles, soweit es nicht ausdrücklich im Gesetz als anderer Bedarf eingestuft ist.

Beispiele: Lebensmittel; Kleidung; Hausrat; Haushaltsgegenstände; Strom, Wasser, Gas (es sei denn, es handelt sich um Heizkosten, dann Kostenübernahme nach § 22 SGB II); Reparaturkosten z.B. von Kühlschrank, Waschmaschine; Fahrrad; Freizeitausgaben, wie Kino, Spielzeug; Friseurkosten; Kontoführungskosten; Zuzahlungen für Arztbesuche oder Arzneimittel.

Die **Höhe der Regelsätze** wird durch die **Regelsatzverordnung** geregelt.

Der **Eck-Regelsatz** für den **Haushaltsvorstand** oder für **Alleinstehende** beträgt
bundeseinheitlich **446 € für 2021** und **449 € für 2022**
ab 2023 502 €

Grundsicherung für Arbeitssuchende -zusätzliche Leistungen-

Unter gewissen Voraussetzungen folgende zusätzliche Leistungen im Rahmen der Grundsicherung:

- Leistungen für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (§ 28 SGB II i.V.m. § 34 SGB XII, z.B. persönliche Schulbedarfe, Vereinsbeiträge, schulnahe Lernförderung, Mehrkosten für Mittagessen etc.)
- Übernahme der Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung für solche Anspruchsinhaber, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bzw. § 20 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI versicherungspflichtig sind (§ 251 Abs. 4 SGB V, § 59 Abs. 1 SGB XI)
- Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen für eine private Kranken- und Pflegeversicherung nach § 26 SGB II
- ergänzende Darlehen bei unabweisbarem einmaligem Bedarf, der vom Regelbedarf umfasst ist (§ 24 Abs. 1 SGB II)
- Einmalsonderleistungen nach § 21 Abs. 6 SGB II.
- Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung werden seit einigen Jahren nicht mehr im Rahmen des Arbeitslosengeldes II übernommen. Die Zeiten des SGB II-Bezugs sind nunmehr entsprechend § 58 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI Anrechnungszeiten bei der Rentenversicherung.

Gesetzesvorschlag Einführung eines Bürgergeldes vom 14.9.2022 und Umsetzung zum 1.1.2023

Das **Bürgergeld** ist ein Grundeinkommen bzw. eine Grundsicherung für erwerbsfähige und bedürftige Menschen. Es handelt sich um eine Form der sozialen, staatlichen Hilfe. Es tritt es an die Stelle des bisherigen Arbeitslosengeldes II. Beim Bürgergeld handelt sich nicht um ein **bedingungsloses Bürgergeld** oder bedingungsloses Grundeinkommen, sondern um ein Bürgergeld, dessen Zahlung an bestimmte Bedingungen geknüpft ist.

Das Bürgergeld-Gesetz 2023 sieht vor, dass der Anspruch auf Bürgergeld besteht

- bei Bedürftigkeit,
- bei grundsätzlicher Erwerbsfähigkeit,
- oft im Anschluss an Leistungen auf das Arbeitslosengeld I

Höhe des Bürgergeldes

Der Regelsatz des Bürgergeldes wird laut dem Kabinettsbeschluss der Bundesregierung vom 14. September 2022 **502 Euro** betragen. Das ist der Regelsatz für Alleinstehende. Das entspricht einer Erhöhung des bisherigen Regelsatzes um **53 Euro** monatlich. Die Einführung des Bürgergeldes erfolgt zum 1. Januar 2023.

Freibetrag beim Zuverdienst

Es gilt ein Freibetrag bis 520 €; wer zwischen 520 und 1.000 Euro verdient, hat einen Freibetrag von 30 %.

Karenzzeiten für Wohnen und Vermögen

~~In den ersten zwei Jahren~~ **Im ersten Jahr** des Leistungsbezugs Karenzzeiten bestehen für Wohnen und für den Einsatz von angespartem Vermögen eine Karenzzeit; dies gilt auch für selbst genutztes **Wohneigentum**. Es wird unabhängig von seiner Fläche von der Vermögensberücksichtigung ausgenommen. Zudem werden die Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (**nur im erforderlichen Umfang**) in diesem Zeitraum in tatsächlicher Höhe anerkannt. Das gilt auch und insbesondere für **Mietwohnungen**.

~~In den ersten zwei Jahre~~ **Im ersten Jahr** des Bezugs von Bürgergeld gelten für die **Vermögensprüfung** höhere Freibeträge von (60.000 € bzw. 30.000€) **40.000 € (für weitere Familienangehörige 15.000 €)**.

Die Vermögensprüfung ist auch nach Ablauf der Karenzzeit entbürokratisiert worden. Bei selbstgenutzten Hausgrundstücken oder Eigentumswohnungen wurden zudem anerkannten Wohnflächen in größerem Umfang als zur Zeiten von Arbeitslosengeld II berücksichtigt. Außerdem wurde die Liste der komplett freigestellten Vermögensgegenstände erweitert. Beispielsweise werden alle Versicherungsverträge, die der Alterssicherung dienen, nicht als Vermögen berücksichtigt.

Kooperationsplan

Die bisherige Eingliederungsvereinbarung im SGB II wurde durch einen gemeinsam erarbeiteten **Kooperationsplan** abgelöst. Dieser Kooperationsplan dokumentiert die gemeinsam entwickelte Eingliederungsstrategie; er stellt den im Eingliederungsprozess dar. An ihn sind weniger rechtliche Folgen geknüpft als an die ehemalige Eingliederungsvereinbarung.

Im Kooperationsplan werden auch Mitwirkungspflichten vereinbart. Das sind insbesondere Eigenbemühungen, die Teilnahme an Maßnahmen und Bewerbungen auf Vermittlungsvorschläge des Jobcenter.

~~Mit dem Abschluss des Kooperationsplans gilt eine Vertrauenszeit. Für die ersten sechs Monate der Vertrauenszeit wird den Bürgergeldbeziehern garantiert, dass keine Anordnung von Maßnahmen mit Rechtsfolgenbelehrung ergehen.~~

~~Nur und erst, wenn nach den ersten sechs Monaten der Vertrauenszeit~~ Wenn Absprachen zu Mitwirkungspflichten, also Eigenbemühungen, die Teilnahme an Maßnahmen und Bewerbungen auf Vermittlungsvorschläge nicht eingehalten werden, **werden diese Mitwirkungspflichten rechtlich verbindlich durch Aufforderungen mit Rechtsfolgenbelehrungen festgelegt.**

Einladungen ins Jobcenter können aus diesem Grunde immer mit Rechtsfolgen verknüpft werden.

Abschaffung des Vermittlungsvorrangs

Das Bürgergeldgesetz schafft den Vermittlungsvorrang im SGB II ab. Der Einsatz der Eingliederungsinstrumente des SGB II sollen kurzfristige Beschäftigungen vermeiden und die Chancen auf nachhaltige Integrationen soll gestärkt werden. Eine Tätigkeit kann abgelehnt werden, wenn eine Aus- oder Weiterbildung sinnvoller erscheint.

Weiterbildungsgeld

Um weitere Anreize zu schaffen, Geringqualifizierte auf dem Weg zu einer abgeschlossenen Berufsausbildung zu fördern und ihnen damit den Zugang zum Fachkräftearbeitsmarkt und zu den am Arbeitsmarkt besonders nachgefragten Berufen zu ermöglichen, erhalten Teilnehmende an einer berufsabschlussbezogenen Weiterbildung im SGB II und SGB III künftig ein monatliches Weiterbildungsgeld in Höhe von 150 Euro, wenn sie entweder arbeitslos sind oder als Beschäftigte aufstockende SGB II-Leistungen beziehen.

Berufliche Weiterbildung und Bürgergeldbonus

Durch die Neuregelung im SGB II und SGB III ist es nun möglich, bei Bedarf in drei Jahren eine Umschulung im Rahmen einer geförderten beruflichen Weiterbildung zu besuchen anstatt wie bisher in zwei Jahren. Für die Teilnahme an Maßnahmen, die für eine nachhaltige Integration von besonderer Bedeutung sind, ist im SGB II (Bürgergeldgesetz) ein Bürgergeldbonus in Höhe von monatlich 75 Euro eingeführt worden.

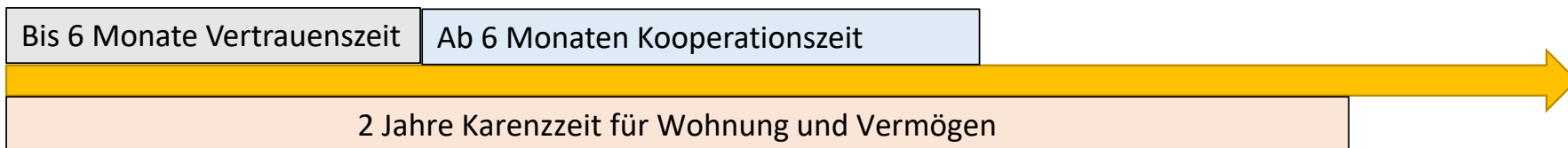
Der **Bundesrechnungshof** hat vorgerechnet, dass beispielsweise ein Ehepaar mit zwei Kindern noch Bürgergeld erhalten würde – auch wenn es 150.000 (**jetzt: 85.000 €**) Euro Spar- und Barvermögen, Vermögen für die Altersvorsorge, zwei Autos und ein großes Eigenheim besitzt.

Sanktionen – neu geregelt

Der Neuregelung der Sanktionen basiert auf dem durch das BVerfG bestätigten Leitgedanken, dass der Gesetzgeber an Mitwirkungspflichten der Bezieher von staatlichen Sozialleistungen festhalten und sie mit verhältnismäßigen Mitteln durchsetzbar ausgestalten darf.

Die Sanktionen sind nunmehr wie folgt geregelt:

- Die Leistungsminderungen wegen wiederholter Pflichtverletzungen und Meldeversäumnisse betragen höchstens 30 Prozent des maßgebenden monatlichen Regelbedarfs des Bürgergeldes. Dabei werden Kosten der Unterkunft und Heizung nicht gemindert.
- Eine Leistungsminderung gibt es nicht, wenn diese im konkreten Einzelfall zu einer außergewöhnlichen Härte führen würde.
- Leistungsminderungen müssen aufgehoben werden, wenn die Leistungsberechtigten die Mitwirkungspflichten nachträglich erfüllen oder glaubhaft erklären, ihren Pflichten nachzukommen.
- Die bisherigen verschärften Sonderregelungen für Leistungsbezieher unter 25 Jahren sind entfallen. Die Jobcenter sind jetzt gehalten – im Fall einer Minderung für diesen Personenkreis – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot machen.
- Leistungsminderungen bei Pflichtverletzungen in der Vertrauenszeit (also mindestens in den ersten sechs Monaten, danach bis zum Ende der Vertrauenszeit) sind ausgeschlossen.
- Die Leistungsberechtigten haben die Möglichkeit, die Umstände ihres Einzelfalles persönlich vorzutragen. Verletzen sie wiederholt ihre Pflichten oder versäumen Meldetermine, soll das Jobcenter sie aufsuchend beraten.



Entfristung des Sozialen Arbeitsmarktes

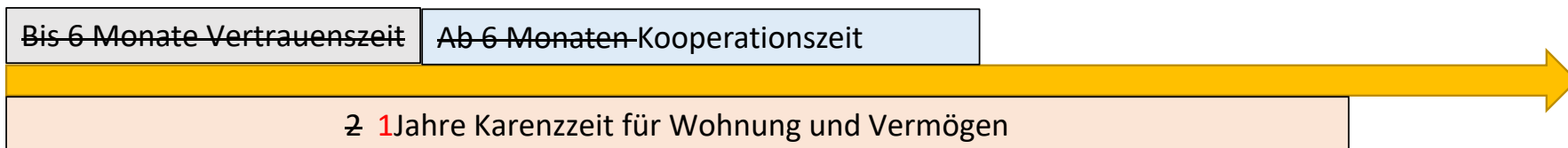
Der Soziale Arbeitsmarkt ist entfristet worden und nunmehr auf Dauer angelegt. Mit dem Teilhabechancengesetz ist zum 1. Januar 2019 die Förderung „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ nach § 16i SGB II als Regelinstrument in das SGB II aufgenommen. Ziel dieser Förderung ist es, besonders arbeitsmarktfernen Menschen soziale Teilhabe durch längerfristige öffentlich geförderte Beschäftigung zu ermöglichen („Sozialer Arbeitsmarkt“). Mittel- bis langfristiges Ziel ist, einen Übergang in eine ungeforderte Beschäftigung zu erreichen.

Sanktionen – neu geregelt

Der Neuregelung der Sanktionen basiert auf dem durch das BVerfG bestätigten Leitgedanken, dass der Gesetzgeber an Mitwirkungspflichten der Bezieher von staatlichen Sozialleistungen festhalten und sie mit verhältnismäßigen Mitteln durchsetzbar ausgestalten darf.

Die Sanktionen sind nunmehr wie folgt geregelt:

- Die Leistungsminderungen wegen wiederholter Pflichtverletzungen und Meldeversäumnisse betragen höchstens 30 Prozent des maßgebenden monatlichen Regelbedarfs des Bürgergeldes. Dabei werden Kosten der Unterkunft und Heizung nicht gemindert.
- Eine Leistungsminderung gibt es nicht, wenn diese im konkreten Einzelfall zu einer außergewöhnlichen Härte führen würde.
- Leistungsminderungen müssen aufgehoben werden, wenn die Leistungsberechtigten die Mitwirkungspflichten nachträglich erfüllen oder glaubhaft erklären, ihren Pflichten nachzukommen.
- Die bisherigen verschärften Sonderregelungen für Leistungsbezieher unter 25 Jahren sind entfallen. Die Jobcenter sind jetzt gehalten – im Fall einer Minderung für diesen Personenkreis – ein Beratungs- und Unterstützungsangebot machen.
- ~~Leistungsminderungen bei Pflichtverletzungen in der Vertrauenszeit (also mindestens in den ersten sechs Monaten, danach bis zum Ende der Vertrauenszeit) sind ausgeschlossen.~~
- Die Leistungsberechtigten haben die Möglichkeit, die Umstände ihres Einzelfalles persönlich vorzutragen. Verletzen sie wiederholt ihre Pflichten oder versäumen Meldetermine, soll das Jobcenter sie aufsuchend beraten.

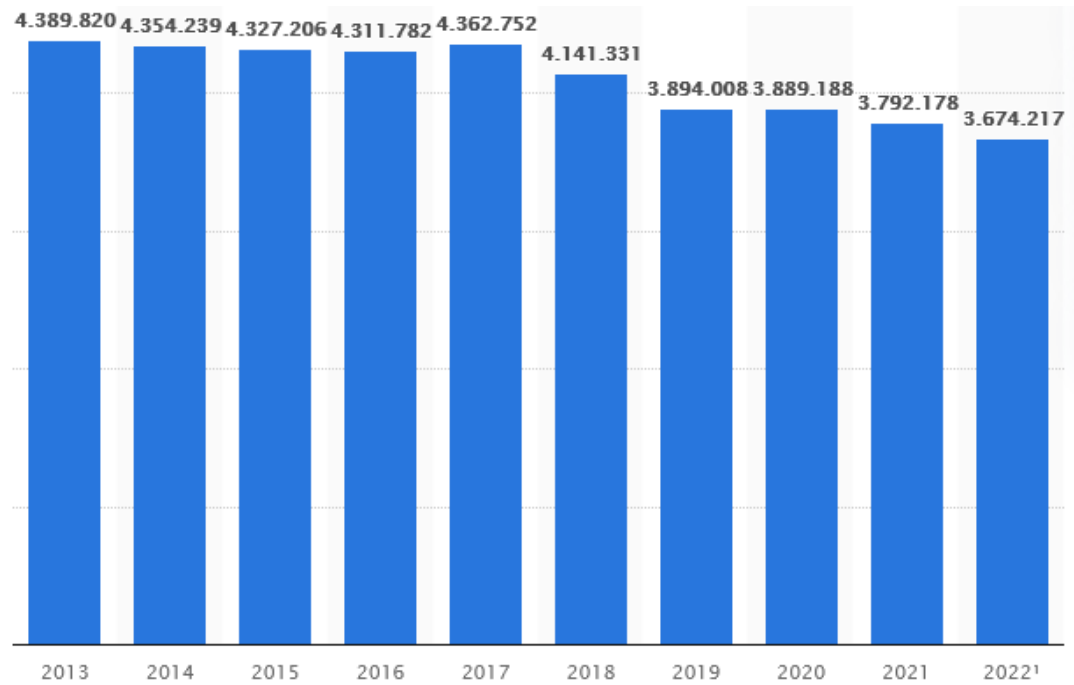


Entfristung des Sozialen Arbeitsmarktes

Der Soziale Arbeitsmarkt ist entfristet worden und nunmehr auf Dauer angelegt. Mit dem Teilhabechancengesetz ist zum 1. Januar 2019 die Förderung „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ nach § 16i SGB II als Regelinstrument in das SGB II aufgenommen. Ziel dieser Förderung ist es, besonders arbeitsmarktfernen Menschen soziale Teilhabe durch längerfristige öffentlich geförderte Beschäftigung zu ermöglichen („Sozialer Arbeitsmarkt“). Mittel- bis langfristiges Ziel ist, einen Übergang in eine ungeforderte Beschäftigung zu erreichen.

Empfänger von Arbeitslosengeld II 2012 bis 2022

2006: 5,4 Mio.



Haftung im Sozialrecht

Typische Haftungsfälle sind unzutreffende Beratung durch Sozialleistungsträger oder sonstige Behörden mit negativen Auswirkungen auf den grundsätzlich bestehenden Leistungsanspruch:

Die **Beratungspflicht bzw. der Anspruch auf Beratung** ergeben sich insbesondere aus §§ 14, 15, 17 SGB I, 115 Abs. 6 SGB VI, 11 SGB XII, aber auch aus Neben- und Treuepflichten (Gedanke aus §§ 241 Abs. 2, 242 BGB)

- **Schadensersatzansprüche** nach § 839 BGB i.V.m. Art 34 GG: Hierzu BGH v. 2.8.2018, III ZR 466/16 und 11.3.2021 III ZR 27/20 bei rechtswidriger und schuldhafter Pflichtverletzung; die beiden Ansprüche (Herstellungsanspruch und Amtshaftung) stehen selbständig und unabhängig nebeneinander; § 839 Abs. 3 BGB sind nicht anwendbar. Der Anspruch ist (nur) auf Schadensersatz gerichtet.
- Anspruch auf die entgangene Sozialleistung (kein Schadensersatz, sondern die Primärleistung) über den **öffentlich-rechtlichen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch**, entwickelt durch die Rechtsprechung des BSG in Anlehnung an den Folgenbeseitigungsanspruch (BSG, BSGE 41, 126 ff); Hauptanwendungsfall ist der aufgrund falscher oder unterbliebener Beratung fehlende oder unterbliebene Antrag.
- Die **Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand** nach § 27 SGB X verdrängt nicht den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch und ist daneben möglich.

Voraussetzungen für den öffentlich-rechtlichen Herstellungsanspruch sind BSG v. 22.3.2018 Az: B 5 RE 1/17 R:

- Pflicht zur Beratung bzw. sonstige (Neben-)Pflicht
- Rechtswidrige Verletzung dieser Pflichten, ggf. Zurechnung einer Pflichtverletzung von Dritten, aber nur soweit diese im Pflichtenkreis des Sozialleistungsträgers tätig geworden sind oder gesetzlich in das Verfahren eingebunden sind; dies gilt auch für Fehler des Vertragsarztes oder fehlende Information durch das Krankenhaus im Entlassungsmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V, BSG v. 17.6.2021, BeckRS 2021, 28839
- Wirtschaftlicher und/oder rechtlicher Nachteil
- Kausalität: Pflichtverletzung → Verhalten und Verhalten → Nachteil
- Kein Verschulden erforderlich!
- Rechtlich muss die Korrekturmöglichkeit bestehen, d.h. Korrekturmöglichkeit muss rechtlich zulässig sein
- Rechtsfolge ist Naturalrestitution durch Fiktion, d.h. Zustand, als ob die Pflicht ordnungsgemäß erfüllt worden wäre
- Verjährung 4 Jahre, Rechtsgrundlage ist streitig § 44 Abs. 4 SGB X analog oder direkt oder § 45 SGB I (hierzu BSG v. 27.3.2007, B 13 R 58/06 R)

Welche Umstände können durch den Herstellungsanspruch hergestellt, ersetzt bzw. fingiert werden?

- Im Wege des Herstellungsanspruchs kommt die Ersetzung solcher tatsächlicher Umstände nicht in Betracht, denen eine die Rechtslage gestaltende Entscheidung des Antragstellers zugrunde liegt, d.h. tatsächliche Umstände wie Arbeitslosigkeit, die persönliche Arbeitslosmeldung oder die Verfügbarkeit können nicht durch den Sozialleistungsträger ersetzt werden, da sie allein der Gestaltung durch den Arbeitslosen obliegen; es handelt sich um tatsächliche Gegebenheiten außerhalb des Sozialrechtsverhältnisses, die sich nicht nachträglich herstellen lassen. Aus diesem Grund kommt auch eine nachträgliche Veränderung der Rahmenfrist beim Arbeitslosengeldanspruch nicht in Betracht (§ 143 SGB III), wenn der Arbeitslose bereits Arbeitslosengeld bezogen hat.

Tatsächliche Umstände innerhalb des Sozialrechtsverhältnisses im eigenen Verwaltungsablauf des Sozialleistungsträgers sind durch zulässige Amtshandlung möglich und daher durch den Herstellungsanspruch gestaltbar, z.B. zeitliche Wirksamkeit eines Antrags auf Sozialleistungen.

- Ein für die Vererbung nach § 59 Abs. 1 S. 2 SGB I vorausgesetztes anhängiges Verwaltungsverfahren kann nicht durch den Herstellungsanspruch ersetzt werden, wenn es unterblieben ist, BSG v. 16.5.2019, B 13 R 37/17 R

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 und 3a SGB V: Gesetzlich geregelter Fall des Herstellungsanspruchs

Es geht in § 13 Abs. 3 und 3a SGB V um 3 Fallgestaltungen:

(1) Die unaufschiebbare Leistung, **(2)** die (rechtswidrig) abgelehnte Leistung und **(3)** die nicht rechtzeitige Entscheidung über eine Leistung

§ 13 Abs. 3 SGB V: Soweit die Krankenkasse eine **unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig** erbringt oder eine **Leistung zu Unrecht ablehnt** (rechtswidriges Verhalten)

und

dem Versicherte Kosten für eine **selbstbeschaffte Leistung** entstanden sind (daraus kausal resultierender Nachteil)

→ die Krankenkasse muss die Kosten in tatsächlicher Höhe erstatten (Herstellung des hypothetischen Zustands).

Allerdings muss überhaupt ein Leistungsanspruch in vollem Umfang bestehen, der Kostenerstattungsanspruch kann nicht weiter als der Primärleistungsanspruch gehen (BSG v. 15.12.2015 Az: B 1 KR 30/15R)

In § 13 Abs. 3a SGB V werden die **Pflichten der Krankenkasse und deren Konsequenzen beschrieben**, wenn sie über eine Leistung zu entscheiden haben bzw. wenn sie **nicht rechtzeitig entschieden** haben:

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen **zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen** nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen **und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten.....**

Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 **nicht einhalten**, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe **rechtzeitig schriftlich mit**. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, **gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt**. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur **Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet**.

**Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a SGB V:
Gesetzlich geregelter Fall des Herstellungsanspruchs**

Die nicht rechtzeitige Entscheidung über eine Leistung:

- Die Entscheidung muss im Regelfall nach 3 Wochen getroffen sein; falls das nicht möglich ist, muss dies dem Leistungsberechtigten **rechtzeitig und begründet** mitgeteilt werden, § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V.
- Bei Verzug muss **rechtzeitig** eine Mitteilung erfolgen, § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V.
- Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung als genehmigt, d.h. es tritt eine **Fiktion** ein, § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V .
- Gilt eine beantragte Leistung als genehmigt, erwächst dem Antragsteller hieraus ein **kein Naturalleistungsanspruch** als eigenständiger durchsetzbarer Anspruch; es handelt sich nur um das vorläufige Recht zur Selbstbeschaffung und die Geltendmachung eines Kostenerstattungsanspruchs. Der Anspruch erfasst u.a. **Ansprüche auf Krankenbehandlung einschließlich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel** , nicht aber Ansprüche, die unmittelbar auf Geldleistung oder medizinische Reha (→ §§ 14, 18 SGB IX) gerichtet sind. Diese Rechte aufgrund der Genehmigungsfiktion enden, wenn über die Leistung bindend entschieden ist, da auch nach Fristablauf die Krankenkasse zur Entscheidung berechtigt und verpflichtet ist; allein die Fiktion hat nicht die Qualität eines VA.
- Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur **Erstattung** der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet, § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V
- Voraussetzung für die Fiktion und den Erstattungsanspruch ist, dass der **Antrag so bestimmt gestellt ist**, dass die darauf beruhende fingierte Genehmigung hinreichend bestimmt ist.
- Der Erstattungsanspruch besteht auch bei materieller Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung, sofern keine Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des Anspruchs bestand („Gutgläubigkeit“)
- Die **Erstattungsansprüche nach § 13 Abs. 2 und 4 SGB V** fallen nicht unter § 13 Abs. 3a SGB V

BSG v. 6.11.2018, B 1 KR 20/17 R; BSG 26.2.2019, B 1 KR 23/18 R; BSG v. 26.5.2020, B 1 KR 21/19 R

Sozialversicherung

Soziale Versicherung:

- Wirtschaftliche Absicherung großer Teile der Arbeitnehmer gegen die Wechselfälle des Lebens wie Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit und Pflegebedürftigkeit etc.
- Sozialer Ausgleich durch unterschiedliche Beitragshöhe



Versicherungsprinzip: Deckung eines ungewissen Bedarfs aus der Realisierung eines Risikos unter Verteilung auf zahlreiche, gleichartig tangierte Personen gegen Zahlung von Beiträgen

Sozialprinzip: Soziale Sicherung schutzbedürftiger Personen und sozialer Ausgleich zur Verbesserung der Lebensverhältnisse

Versicherungsfall: Eintritt desjenigen Risikos, bei dem die Solidargemeinschaft der Versicherten Leistungen zum Ausgleich gewährt

Sozialversicherungsrecht

SGB I – Allgemeiner Teil

Wichtige Versicherungsfälle:

- Pflegefall
- Arbeitsunfall/Berufskrankheit
- Alter/Tod/Erwerbsminderung
- Krankheit
- Arbeitslosigkeit/Kurzarbeit

Grundsätzlich beitragsfinanziert, teilweise mit staatlichen Zuschüssen insb. wg. versicherungsfremden Leistungen

§ 363 SGB III, § 221 SGB V, §§ 153, 157 ff., 213 SGB VI, § 150 SGB VII

Sozialversicherungsrecht

SGB XI

Soziale Pflegeversicherung

SGB VII

Gesetzliche Unfallversicherung

SGB VI

Gesetzlicher Rentenversicherung

SGB V

Gesetzliche Krankenversicherung

SGB III

Arbeitsförderung

SGB IV – Allgemeiner Teil

Sozialverwaltungsverfahren- und Datenschutz – SGB X

Sozialgerichtsgesetz - SGG

Aufbau der Sozialversicherungsgesetze

Aufgaben/Ziele/Grundsätze

Versicherter Personenkreis

Ggf. Mitgliedschaft/Versicherungsverhältnis

Leistungen und Leistungserbringer

Leistungsträger

Finanzierung

Organisation der Träger

Datenschutz

Geschichte der Sozialversicherung

1717: Gründung einer Fabrikkrankenkasse für die Arbeitnehmer des Blaufarbenwerks Pfannenstiel in Aue

1794: Preußisches Allgemeines Landrecht, Regelungen der staatlichen Armenpflege

1845: Preußische Allgemeine Gewerbeordnung, Möglichkeit, Unterstützungskassen zu gründen

1881: Kaiserliche Botschaft Kaiser Wilhelms I. mit Ankündigung eines Aufbaus einer umfassenden Sozialversicherung

1883/1884/1889 Aufbau einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Invaliditäts- und Alterssicherung

1911 Reichsversicherungsordnung als Zusammenfassung der sozialversicherungsrechtlichen Gesetzgebung

1927: Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung

1934: Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung mit Auflösung der Selbstverwaltung

Geschichte der Sozialversicherung

1949: Grundgesetz mit der Sozialstaatsklausel Art 20 und Art 28

1951: Selbstverwaltungsgesetz (Wiedereinführung der Selbstverwaltung)

1953: Sozialgerichtsgesetz

1961: Bundessozialhilfegesetz

1969: Arbeitsförderungsgesetz

1976 ff: Schaffung des Sozialgesetzbuches und Integration der Sozialgesetze

1994: Pflegeversicherungsgesetz

2004/2005: Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt mit Schaffung der Grundsicherungen für Arbeitssuchende und im Alter (SGB II und SGB XII)

2024: Soziales Entschädigungsrecht (SGB XIV): Das neue Recht wird grundsätzlich am 1. Januar 2024 in Kraft treten. Dies soll den Verwaltungen der Länder ermöglichen, sich auf die Veränderungen vorzubereiten. Einige Leistungen sollen rückwirkend gelten, um die Situation von Gewalt- und Terroropfern sowie ihrer Hinterbliebenen bereits jetzt zu verbessern, werden einige Regelungen **rückwirkend ab 1. Juli 2018** eingeführt.

Anspruch auf Leistungen - Aufbau/Prüfungsschema eines Anspruchs auf Sozialleistungen:

- **Anspruchsgrundlage für die Sozialleistung im jeweiligen Sozialleistungsgesetz**
z.B. **Anspruch auf ärztliche Behandlung** nach § 21 Abs. 1 Nr. 2a SGB I, §§ 27 Abs. 1 Nr. 1, 28 SGB V oder **Krankengeld** nach § 21 Abs. 1 Nr. 2g SGB I, § 44 SGB V i.V.m. §§ 38, 40 SGB I
- **Formelle** Voraussetzungen wie Antrag auf Leistungen nach § 16 SGB I, § 19 SGB IV, § 15 Abs. 2, 3 und 5 SGB V, § 323 SGB III, §§ 99, 115 SGB VI, § 33 Abs. 1 S. 1 SGB XI
- **Materielle** Voraussetzungen der Leistungsgewährung:
 - Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis: §§ 5-10 SGB V; §§ 24-28a SGB III, §§ 1-8 SGB VI, §§ 2-6 SGB VII, §§ 20-27 SGB XI
 - Ggf. Mitgliedschaft bzw. wirksames Versicherungsverhältnis, soweit erforderlich, z.B. § 19 Abs. 1, §§ 186 ff. SGB V
 - Kein Vorliegen negativer Tatbestandsmerkmale, z.B. § 11 Abs. 5 SGB V oder § 52 oder § 52a SGB V
 - Vorliegen eines Versicherungsfalls wie Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfall, Alter, Tod
 - Ggf. Anwartschaften oder Vor- oder Mindestversicherungszeiten zu erfüllen
 - Sonstige weitere Voraussetzungen wie z.B. Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung, § 39 SGB V
 - Zuständiger Leistungsträger
- Die **materiellen Voraussetzungen** können auch umfassend in der jeweiligen Anspruchsnorm beschrieben sein z.B. der Anspruch auf Arbeitslosengeld in §§ 136, 137 SGB III oder Anspruch auf Kurzarbeitergeld in § 95 SGB III

Aufbau/Prüfungsschema Anfechtung einer negativen behördlichen Entscheidung

Ist die Leistung durch Verwaltungsakt abgelehnt worden, gilt folgende Vorgehensweise:

(1) Widerspruch gegen den negativen Verwaltungsakt nach §§ 62, 63 SGB X, §§ 78, 83 ff SGG

(2) Ist das Widerspruchsverfahren erfolglos, ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten nach §§ 51 ff SGG eröffnet. Die richtige Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach §§ 51, 54 Abs. 1, 4 SGG vor dem Sozialgericht. Mit ihr kann die Aufhebung des ablehnenden Verwaltungsaktes und die jeweilige Leistung begehrt werden; die Zulässigkeitsvoraussetzungen sind in §§ 51 ff, §§ 87 ff SGG geregelt

(3) Ist der Verwaltungsakt bestandskräftig geworden (§ 39 Abs. 2 SGB X, § 77 Abs. 1 SGG), d.h. die Widerspruchs- bzw. Klagefrist (§ 78 Abs. 1, § 84 Abs. 1, § 87 Abs. 1, 2 SGG) ist ohne Rechtsmittel abgelaufen, kann ein Antrag auf Rücknahme, Widerruf oder Aufhebung nach § 44 ff SGB X gestellt werden; für Dauerverwaltungsakte gilt § 48 SGB X

Bei der Begründetheit des Widerspruchs bzw. der Klage ist Prüfungsgegenstand ist die formelle und materielle Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes:

Bei der formellen Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes werden im wesentlichen die Anforderungen §§ 31 ff SGB X überprüft

Bei der materiellen Rechtmäßigkeit geht es wieder darum, ob ein Anspruch auf die Sozialleistung besteht, es werden die gleichen Prüfungsschritte wie beim Anspruchsaufbau vorgenommen.

Teil 2 Sozialversicherung-Gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung

Versicherter Personenkreis

a) Pflichtversicherte

- Beschäftigte (Definition § 7 SGB IV, insbesondere Arbeitnehmer) § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, jedoch ohne geringfügig Beschäftigte, § 7 SGB V (Definition § 8 SGB IV)
 - Arbeitslosengeldbezieher (ALG I und II), § 5 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V
 - Studenten, § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V
 - Rentner, § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V
 - Auffangtatbestand, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, soweit kein anderweitiger Schutz bei Krankheit und zuletzt Schutz in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wenn bisher kein Krankenversicherungsschutz bestand; wichtige Ausnahmen jetzt in § 5 Abs. 8a SGB V
 - Familienversicherung, § 10 SGB V
 - Ausnahmen: § 5 Abs. 5 (überwiegend selbständig Tätige) und § 6 Abs. 1, 4 SGB V Verdienst über der Jahresarbeitsentgeltgrenze, für 2023: 66.600 € im Jahr bzw. 5.550 € im Monat.
Auch während einer stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bleibt die festgestellte Versicherungsfreiheit erhalten
- **Auffangregelung in § 193 Abs. 3 VVG**
 - **Im Fall der Grundsicherung im Alter, bei Erwerbsminderung und im Fall der Sozialhilfe (SGB XII): Hilfe zur Gesundheit** nach §§ 47 ff SGB XII, durchgeführt durch die Krankenkassen, § 264 Abs. 2 SGB V

b) Freiwillige Versicherung: § 9 SGB V

Gesetzliche Krankenversicherung

Versicherter Personenkreis – Auffangtatbestand § 5 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 8a Auffangversicherung):

Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben
und

a) **zuletzt gesetzlich krankenversichert** waren oder

b) **bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert** waren, es sei denn,

dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Der Auffangtatbestand greift immer nur subsidiär ein! Alle Tatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung, die einen Versicherungsschutz vermitteln, sind vorrangig; das gilt auch gegenüber Empfängern laufender Leistungen nach dem SGB XII, d.h. Krankenhilfe nach § 48 SGB XII ist subsidiär, § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V

Zu a) Es ist ohne Bedeutung, wie lange diese gesetzliche Krankenversicherung zurückliegt (hierzu BSG v. 12.1.2011, NZS 2011, 856 ff.) , wie lange sie bestand und aus welchem Grund sie beendet wurde. Auch soweit das zwischenzeitliche Fehlen einer Krankenversicherung vom Versicherungspflichtigen zu vertreten ist, z.B. weil von einer Beitrittsmöglichkeit nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 kein Gebrauch gemacht wurde, steht dies der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 nicht entgegen. Versicherungsfreiheit nach § 7 Abs. 1 SGB V wegen geringfügiger Beschäftigung schließt Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 nicht aus. **Wer nach der letzten Versicherung in der PKV versichert war, ist nicht**

versicherungspflichtig nach Abs. 1 Nr. 13, weil er nicht zuletzt gesetzlich, sondern privat krankenversichert war.

Dabei genügt es, dass die Versicherung in der PKV wesentliche Teile einer Vollversicherung (z.B. § 193 Abs. 3 VVG) und nicht nur Randbereiche der PKV (z.B. Reise-Krankenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Zusatzversicherungen) umfasste.

Gesetzliche Krankenversicherung

Versicherter Personenkreis – Auffangtatbestand § 5 Abs. 1 Nr. 13:

Anwendung der Nr. 13 bei vorherigen Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat und Rückkehr nach Deutschland:

Rückkehr aus Spanien nach Deutschland und in Spanien bestand eine private Krankenversicherung. Es besteht keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, da „zuletzt“ wg. Art. 5 lit. b VO 883/2004 eine private Krankenversicherung bestand (LSG NRW BeckRS 2019, 44880); anders LSG Saarland Az: L 2 KA 50/11, das alle Auslandssachverhalte ausklammert.

Zu beachten ist aber, dass Art. 5 lit. b VO 883/2004, in Kraft seit 1.5.2010, die **Sachverhaltsgleichstellung** anordnet: Zeiten der gesetzlichen Versicherung in einem Mitgliedstaat sind daher seither in die Prüfung einzubeziehen. Im zwischenstaatlichen Recht ist nur vereinzelt eine Gleichstellung der Versicherungspflicht vorgesehen (z.B. beim deutsch-tunesischen und deutsch-türkischen Abkommen).

Angehörige eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Nr.13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügG/EU ist. In solchen Fällen besteht kein Aufenthaltsrecht oder ein anderweitiger Versicherungsschutz; **die entsprechende Verpflichtung eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügG/EU schließt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus.**

Für sonstige Ausländer setzt § 5 Abs. 11 SGB V voraus, dass eine Niederlassungserlaubnis oder eine qualifizierte Aufenthaltserlaubnis besteht.

Gesetzliche Krankenversicherung

Versicherter Personenkreis – Ausnahmen vom Auffangtatbestand § 5 Abs. 1 Nr. 13 durch Abs. 8a:

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist **nicht versicherungspflichtig**,

- wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist.
- Kein Versicherungsschutz nach Nr. 13 für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes.
- Dies gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird.
- Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.
- Die Aufzählung in Abs. 8a ist nicht abschließend!

§ 193 VVG

3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten....

Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

§ 152 VAG

1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt. Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren.....

Gesetzliche Krankenversicherung

Die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere die *Mitgliedschaft*:


werden im Wesentlichen durch §§ 12 ff, 19, 186 ff. SGB V definiert

- Bestehende Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 186 bis 193 SGB V, § 19 Abs. 1 SGB V
- Gesetzliche Fortsetzungsversicherung als freiwilliges Mitglied nach § 188 Abs. 4 SGB V
- Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V
- Nachwirkende Leistungen bei Ende der Mitgliedschaft, § 19 Abs. 2 und 3 SGB V
- Kein Arbeitsunfall nach § 8 SGB VII, § 11 Abs. 5 SGB V
- Die sonstige Ursache sind grds. gleichgültig, soweit kein Selbstverschulden nach § 52 SGB V vorliegt; Leistungsausschluss bei missbräuchlicher Einreise nach Deutschland, § 52a SGB V
- Ruhen des Anspruchs bei Auslandsaufenthalt, § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V;
eine Ausnahme gilt innerhalb der Europäischen Union nach Art. 17 ff. EU-VO 883/2004
- Der Nachweis des Anspruchs erfolgt durch die Krankenversicherungskarte bzw. den Kranken- oder Berechtigungsschein, § 15 Abs. 2 i.V.m. § 291, § 15 Abs. 3 SGB V
- Grundsatz der Wirtschaftlichkeit als Leistungsbegrenzung: Zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig, § 12 SGB V
- Antrag § 16 SGB I, § 19 S. 1 SGB IV, der aber auch konkludent, z.B. durch Vorlage der Krankenversicherungskarte geschehen kann, § 15 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 291 SGB V

Gesetzliche Krankenversicherung

Rechtsprobleme der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung beim Übergang aus einer Versicherungspflicht bzw. aus der Familienversicherung:

- Grundsätzlich endet beim Ende der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung jeder Leistungsanspruch, § 19 Abs. 1 SGB V
- Es besteht ein nachwirkender Schutz von einem Monat nach Ende der Mitgliedschaft gemäß § 19 Abs. 2 SGB V
- Das **Ende der Mitgliedschaft** ist in §§ 190 ff. SGB V geregelt, so endet sie z.B. nach § 190 Abs. 2 SGB V mit Ende des Tages, in dem die versicherungspflichtige Tätigkeit endet.
- Die **Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II** endet mit Ablauf des letzten Tages, an dem die Leistung bezogen wird, § 190 Abs. 12 SGB V
- Die **Auffangmitgliedschaft** nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V endet gemäß § 190 Abs. 13, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird; dies gilt, wer später laufende Leistungen nach dem SGB XII bezieht und dann die Krankenhilfe nach § 48 SGB XII einschlägig wäre.

 **Gesetzliche Fortsetzungsversicherung:** Für Personen, deren Versicherungspflicht nach § 5 SGB V oder deren Familienversicherung nach § 10 SGB V endet, kommt es **automatisch** zu einer **freiwilligen Weiterversicherung** nach **§ 188 Abs. 4 S. 1 SGB V**, es sei denn, dass das Mitglied binnen **2 Wochen seinen Austritt erklärt**; allerdings wird der Austritt nur wirksam, wenn ein anderweitiger Versicherungsschutz nachgewiesen ist. Die Fortsetzungsversicherung gilt nicht, wenn der Aufenthalt nicht ermittelbar ist, § 188 Abs. 4 S. 4 SGB V.

Gesetzliche Krankenversicherung

Bestimmte Tatbestände erhalten die leistungsberechtigte Mitgliedschaft, auch wenn keine Versicherungspflicht mehr besteht:

Bezug von Krankengeld, Teilnahme an einem Arbeitskampf, § 192 SGB V

- **Bezug von Krankengeld:** Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt abweichend von den Beendigungstatbeständen des § 190 SGB V erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Hintergrund ist, dass der Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung aufrecht erhalten werden soll, in denen Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an dem Erhalt oder der Neubegründung eines Versicherungspflichtverhältnisses gehindert sind.
- Grundsätzlich bestimmt sich der **Anspruch auf Gewährung von Krankengeld** nach den Voraussetzungen des § 44 SGB V. Wann der Anspruch auf Zahlung des Krankengelds entsteht, regelt § 46 SGB V; i.d.R. der **mit dem Tag der ärztlichen Feststellung** (§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Es müssen die Voraussetzungen des Anspruchs auf Krankengeld für jeden Bewilligungsabschnitt erneut vorliegen, ua auch die ärztliche Feststellung der (Folge-)Arbeitsunfähigkeit. Für Zeiten ohne ärztliche Feststellung von Arbeitsunfähigkeit besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Krankengeld, selbst wenn Arbeitsunfähigkeit tatsächlich vorgelegen hat.
- Für die **Erhaltenswirkung** nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ist **ein nahtloser Anschluss der Arbeitsunfähigkeit an ein zuvor bestehendes Beschäftigungsverhältnis oder einen vorangegangenen Krankengeld-Bewilligungsabschnitt erforderlich**, aber auch ausreichend.
- Demzufolge endet das Mitgliedschaftsverhältnis Versicherungspflichtiger bei beendetem Beschäftigungsverhältnis grundsätzlich mit dem Tag nach dem Ende des zuletzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeitraums und setzt sich dann ggfs. als freiwillige Versicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) oder als Familienversicherung fort.

Studentische Krankenversicherung § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V

- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig; die Versicherungspflicht ist begrenzt auf das 14. Fachsemester oder auf das vollendete 30. Lebensjahr; danach nur, wenn die Art der Ausbildung, familiäre oder persönliche Gründe oder der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen eine Überschreitung rechtfertigen. **Allerdings müssen die Gründe vor Vollendung des 30. Lebensjahres eingetreten sein**; danach sind sie für die Versicherungspflicht bedeutungslos. Außerdem gilt nach der Rechtsprechung des BSG eine absolute Obergrenze von 37 Lebensjahren (30 Jahre plus 14 Fachsemester)(BSG v. 15.10.2014 Az: B 12 KR 17/12R)
- Ein **Promotionsstudium** nach Abschluss eines Hochschulstudiums erfüllt nicht die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V; soweit die Promotion ein **abgeschlossenes Studium** voraussetzt, fällt das Promotionsstudium nicht unter § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V; es ist zwischen Studium und Promotionsstudium klar zu unterscheiden (BSG v. 7.6.2018, Az: B 12 KR 15/16R)
- Die Krankenversicherungspflicht für Studenten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V ist allerdings **subsidiär**, § 5 Abs. 8 SGB V; Eine Versicherungspflicht als Beschäftigter sowie die beitragsfreie Versicherung als Familienmitglied nach § 10 SGB V gehen vor.

Studentische Krankenversicherung § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V

<https://www.student-kv.de/krankenversicherung-student/>

Die **beitragspflichtigen Einnahmen bei Studenten** sind in § 236 SGB V geregelt und beziehen sich auf den BAföG-Bedarf (812 €); als Beitragssatz gelten 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % = 10,22 % = 82,99 € plus kassenindividueller Zusatzbeitrag (§ 245 Abs. 1 SGB V, derzeit im Durchschnitt 1,6 %).

Die **beitragspflichtigen Einnahmen bei Studenten*** sind in § 236 SGB V geregelt und beziehen sich auf den BAföG-Bedarf (812 €); als Beitragssatz gelten 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % = 10,22 % = 82,99 € plus kassenindividueller Zusatzbeitrag (§ 245 Abs. 1 SGB V, ab 1.1.2023 im Durchschnitt 1,6 %).

Der Beitrag ab 1.1.2023 bei der TK 92,73 € (ab 1.10.2022) und der AOK BY 95,82 €.

Der Krankenversicherungsbeitrag von Studenten ist damit deutlich niedriger als der allgemeine Mindestbeitrag in einer freiwilligen Versicherung nach § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V; die Beiträge für freiwillig Versicherte werden 2022 mindestens aus einem Einkommen von monatlich 1.096,67 Euro mit einem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % errechnet.

Hinzu kommen für Studenten **Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung** nach §§ 20 Abs.1 Nr. 9, 57 Abs. 1 S. 1 SGB XI: 24,77 €; 27,61 € ab dem 23. LJ ohne Kind.

Der **BAföG-Zuschuss** beträgt für gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung derzeit 122 (€ 94 € + 28€).

Damit liegt der BAföG-Höchstsatz mit Zuschuss zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bei nunmehr bei 934 €

Familienversicherung nach § 10 SGB V

Die Familienversicherung durch Versicherte vermittelt ohne zusätzliche Beitragsbelastung **Versicherungsschutz für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder**; sie dient dem Ausgleich besonderer Belastungen für Familien.

- Voraussetzung ist die Versicherteneigenschaft **und** die Mitgliedschaft nach §§ 5 ff., 186 ff. SGB V des/der **Stammversicherten**.
- Versichert sind **Ehegatten, Lebenspartner und Kinder** bis max. 25 LJ (Familienangehörige), wenn
 - Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist
 - Keine Versicherung für Kinder, wenn anderer Ehe- oder Lebenspartner nicht Mitglied der gesetzlichen KV ist, ein höheres Gesamteinkommen hat **und** die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (Für 2021 und 2022: 5.362,50 €)
 - nicht pflichtversichert sind (Ausnahme: Studenten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und die Auffangversicherung nach Nr. 13 SGB V)
 - nicht freiwillig versichert sind (es kommt auf eine **tatsächliche freiwillige Versicherung** an)
 - nicht versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind außer bei geringfügig Beschäftigten
 - nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind
 - nicht die Einkommensgrenze überschreiten: Im Monat nicht mehr als 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV): Für 2023 $3.395 \text{ €} : 7 = 485 \text{ €}$ oder ein Mini-Job mit 520 €.
- Daraus ergeben sich dann für die einzelnen Familienmitglieder Versicherungsverhältnisse mit selbständigen, aber beitragsfreien Leistungsansprüchen. Es sind dieselben Leistungsansprüchen wie beim Stammversicherten mit Ausnahme des Krankengeldanspruchs (§ 44 Abs. 2 S.1 Nr. 1 SGB V).
- Das Versicherungsverhältnis der Familienangehörigen endet mit dem Ende der Mitgliedschaft des Stammversicherten, dann besteht aber die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Gesetzliche Krankenversicherung

Versicherungsfälle:

Krankheit: Regelwidriger Körper- und/oder Geisteszustand (mehr als die dem Lebensalter entsprechenden Einschränkungen), der behandlungsfähig (also kein Pflegefall) und behandlungsbedürftig ist.

Der Versicherungsfall Krankheit ist z.B. Voraussetzung für die Leistungen der Krankenbehandlung.

Arbeitsunfähigkeit: Die bisher vertraglich geschuldete Tätigkeit kann nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des Zustandes ausgeübt werden. Auch wenn die Tätigkeit teilweise verrichtet werden kann, liegt Arbeitsunfähigkeit vor (keine Teilarbeitsfähigkeit!). Auf eine andere Tätigkeit darf der Versicherte nur verwiesen werden, wenn dies arbeitsvertraglich zulässig ist.

Der Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für die Leistung von Krankengeld.

Weitere Versicherungsfälle sind **Schwangerschaft** und **Mutterschaft**

Wesentliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 21 SGB I

- **Leistungen zur Verhütung von Krankheiten**, betriebliche Gesundheitsförderung, Förderung der Selbsthilfe, §§ 20 - 24 SGB V
- **Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft** §§ 24e - 24i SGB V
- Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten, §§ 25 – 26 SGB V
- **Krankenbehandlung, §§ 27 – 43e SGB V**
 - Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
 - zahnärztliche Behandlung,
 - Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 - Krankenhausbehandlung,
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.
 - **Unheilbar Kranke** haben Anspruch auf stationäre oder ambulante Hospizleistungen mit Palliativversorgung, § 39a SGB V.
- **Krankengeld, § 44 – 51 SGB V**

Leistungen bei Krankheit - Krankenbehandlung

- **Krankenbehandlung** nach § 27 SGB V umfasst:
 - Ärztliche und zahnärztliche Behandlung, § 28 SGB V einschließlich kieferorthopädischen Behandlung und Einholung einer Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen, § 27b AGB V
 - Versorgung mit Zahnersatz, §§ 55 SGB V
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, §§ 31 bis 33 SGB V
 - Häusliche Krankenpflege, § 37 SGB V
 - Soziotherapie, § 37a SGB V
 - Krankenhausbehandlung, § 39 SGB V
 - Haushaltshilfe, § 38 SGB V
 - Stationäre und ambulante Hospizleistungen, § 39a SGB V
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, § 40 SGB V

Leistungen bei Krankheit - Krankengeld

- **Krankengeld** nach §§ 44 ff SGB V (einschließlich bei Erkrankung eines Kindes, § 45 SGB V):

Voraussetzung ist, dass **die Krankheit** zur **Arbeitsunfähigkeit** führt.

Der Krankengeldanspruch beginnt – außer bei einer stationären Behandlung nach § 46 Abs. 1 Nr. 1 SGB V – vom Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Bei einer abschnittsweise festgestellter Arbeitsunfähigkeit ist jeder Bewilligungsabschnitt eigenständig zu prüfen , so dass die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der bisherigen Bewilligung erneut ärztlich festgestellt werden muss; dies gilt auch dann, wenn der Arzt eine falsche Auskunft gibt (BSG v. 16.12.2014 Az: B 1 KR 19/14R); allerdings wird eine rechtzeitige AU-Feststellung durch den Arzt fingiert, wenn der Versicherte alles in seiner Macht stehende getan hat (BSG v. 26.3.2020, BeckRS 2020, 14487).

Wichtig ist, dass der (laufende) Anspruch auf Krankengeld nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V das **Fortbestehen der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung** vermittelt, d.h. solange dieser Anspruch besteht, endet auch die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, d.h. wenn ein Beschäftigungsverhältnis endet, wird die Mitgliedschaft fortgeführt, wenn spätestens mit dem Beginn des nächsten Tages nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses der Anspruch auf Krankengeld nach §§ 44 ff. SGB V besteht. Dann bleiben alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

Bei **rechtswidriger verweigerter Entgeltfortzahlung** durch den Arbeitgeber wird subsidiär Krankengeld geleistet (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), das die gesetzliche Krankenkasse nach § 115 Abs. 1 SGB X aufgrund eines **gesetzlichen Forderungsübergangs** wieder vom Arbeitgeber zurückfordern kann.

Leistungen bei Krankheit – Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Ab 1.1.2023 elektronische Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit:

Arbeitsrechtlicher Rahmen: § 5 Abs. 1 EFZG **Anzeige- und Nachweispflichten:**

- Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich **mitzuteilen**.
- Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine **ärztliche Bescheinigung** über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag **vorzulegen**. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine **neue ärztliche Bescheinigung** vorzulegen.
- **Dies gilt nicht für Arbeitnehmer, die Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse sind.**

Zwei
Pflichten!

Sozialrechtlicher Rahmen: § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V (Übermittlungspflichten)

und § 109 Abs. 1 SGB IV (Meldung der Arbeitsunfähigkeits- und Vorerkrankungszeiten an den Arbeitgeber)

- Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten aufzuzeichnen und zu übermitteln.
- Die Krankenkasse hat nach Eingang der Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 des eine Meldung zum Abruf für den Arbeitgeber zu erstellen, die insbesondere die folgenden Daten enthält:
 1. den Namen des Beschäftigten,
 2. den Beginn und das Ende der Arbeitsunfähigkeit,
 3. das Datum der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit,
 4. die Kennzeichnung als Erst- oder Folgemeldung und
 5. die Angabe, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Arbeitsunfähigkeit auf einem Arbeitsunfall oder
 6. sonstigen Unfall oder auf den Folgen eines Arbeitsunfalls oder sonstigen Unfalls beruht.

Leistungen bei Krankheit - Arzneimittel

Anspruch auf Arzneimittel besteht nach §§ 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, 31, 34 SGB V **nur**, wenn sie vom **Vertragsarzt verordnet** sind, **apothekenpflichtig** sind und wenn sie nicht nach § 34 SGB V bzw. durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 **ausgeschlossen sind**. Ausnahmsweise können auch sie in Ausnahmefällen mit Begründung verordnet werden (§ 31 Abs. 1 S. 4). Darüber hinaus kann der gemeinsame Bundesausschuss nach § 34 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V bei schwerwiegenden Erkrankungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zulassen; dies ist insbesondere bei homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln relevant (BSG v. 15.12.2015, AZ: B 1 KR 30/15R)

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente sind nach § 34 Abs. 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen; weitere ausgeschlossene Arzneimittel finden sich in § 34 Abs. 1 S. 6 Nr. 1 bis 4, S. 7 und 8 SGB V.

Zusätzlich muss die **arzneimittelrechtliche Zulassung** nach § 21 Abs. 1 AMG vorliegen, weil sonst die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nach § 12 Abs. 1 SGB V fehlt (BSG 3.7.2012 NZS 2013, S. 175 ff.). Die Zulassung muss sich auch **ausdrücklich auf das jeweilige Anwendungsgebiet beziehen**. Bei der Zulassung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen muss der (Zusatz-)Nutzen nachgewiesen sein, der vom gemeinsamen Bundesausschuss bewertet wird (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz)

Ein **Off-Label-Use (zulassungsüberschreitende Anwendung, § 35c SGB V)** kommt nur in Betracht, wenn es sich um eine schwerwiegende Erkrankung handelt, keine andere Therapie ersichtlich ist und aufgrund der Datenlage die Aussicht besteht, dass das Präparat einen Erfolg erzielt.

Leistungen bei Krankheit - Sondertatbestände

- Nach den Grundsätzen einer **grundrechtsorientierten Leistungsauslegung** kommt ein **verfassungsunmittelbarer Leistungsanspruch** gemäß Art 2 Abs. 2 GG auf Krankenbehandlung und/oder Arzneimittel nur in Betracht, wenn es sich um eine notstandsähnliche Situation handelt:

Es muss eine **lebensbedrohliche Krankheit oder vorhersehbar tödlich verlaufende Krankheit vorliegen**, nicht aber um eine Krankheit unter dieser Schwelle; der unmittelbar verfassungsrechtliche Leistungsanspruch gilt nur in extremen Situationen einer krankheitsbedingten Lebensgefahr (BVerfGE 115, 25, 43 ff; BVerfG, BVerfGE 140, 229; BSG v. 15.12.2015, Az: B 1 KR 30/15 R).
Der Gesetzgeber hat dies in **§ 2 Abs. 1a S. 1 SGB V kodifiziert**.

- Ein Anspruch auf Arzneimittelversorgung mit einem **nicht zugelassenen Medikament** kann sich auch bei seltenen und unerforschten Krankheiten ergeben (**Grundsatz des Seltenheitsfalles**) BSG v. 3.7.2012, NZS 2013, 175 ff, 177)

- **Leistungseinschränkungen und Ausschlusstatbestände, §§ 52, 52a SGB V:**

- Vorsätzliche Eigenverletzung
- Eigenverletzung bei selbstbegangenen Verbrechen oder vorsätzlichem Vergehen
- Krankheit durch medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, Tätowierung oder Piercing
(Zur Verfassungsmäßigkeit BSG v. 27.8.2019, NZS 2020, 58)
- Begeben in den Geltungsbereich des SGB V, um Leistungen zu erhalten

} Ermessensentscheidung

Pflicht zur Kürzung

Leistungsausschluss

Leistungen bei Krankheit - Zuzahlungen

- Die Versicherten sind grundsätzlich zur **Zuzahlung** verpflichtet; dies ergibt sich aus § 31 Abs. 3 SGB V i.V.m. §§ 61 ff. SGB V, soweit die Versicherten das 18. Lebensjahr vollendet haben; unter den Voraussetzungen des § 31 Abs. 3 S. 4 und 5 SGB V kann die Zuzahlung entfallen. Die sog. **Praxisgebühr** ist ab dem 1.1.2013 entfallen (§ 28 Abs. 4 SGB V a.F.).
- Die Zuzahlungen **betragen** nach § 61 Abs. 1 SGB V 10 %, **mindestens jedoch 5 €**; bei stationärer Maßnahmen sind es 10 € pro Tag.
- Der Gesetzgeber hat in § 62 SGB V eine **Belastungsgrenze** eingeführt.
- Für Arzneimittel, für die ein **Festbetrag** nach § 35 SGB V festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zu dieser Höhe, für die übrigen Arzneimittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten nach §§ 61 SGB V zu leistenden Zuzahlung nach § 31 Abs. 2 SGB V.
- Nach § 31 Abs. 3 S. 4 SGB V kann der Spitzenverband Bund unter bestimmten Voraussetzungen Arzneimittel von der Zuzahlung **freistellen**.

Leistungen bei Krankheit - Wiedereingliederung

Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V:

- **Voraussetzung ist die (noch) andauernde Arbeitsunfähigkeit** des Versicherten;

Arbeitsunfähigkeit liegt vor,

wenn der Arbeitnehmer seine **vertraglich geschuldete Tätigkeit objektiv nicht ausüben kann** oder **objektiv nicht ausüben sollte**, weil die Heilung nach ärztlicher Prognose verhindert oder verzögert wird.

In diesem Sinne besteht bereits Arbeitsunfähigkeit, wenn der Arbeitnehmer seine geschuldete Arbeitsleistung nur unter der Gefahr fortsetzen könnte, in absehbar naher Zeit seinen Zustand zu verschlimmern.

Die **krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit** führt dazu, dass der Arbeitnehmer berechtigt der Arbeit fernbleiben kann und nach Maßgabe von §§ 3 ff EFZG einen *Entgeltfortzahlungsanspruch* hat.

Eine Erkrankung führt erst dann zu einer Arbeitsunfähigkeit, wenn die konkret geschuldete Arbeitsunfähigkeit infolge der Krankheit nicht mehr ausgeübt werden kann. Die durch Krankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit wird **nicht** dadurch ausgeschlossen, dass der Arbeitnehmer seine geschuldete Vertragspflicht anstatt voll, nur teilweise zu erbringen vermag.

- Der behandelnde Arzt ist durch § 74 SGB V **verpflichtet**, Art und Umfang einer möglichen Tätigkeit anzugeben.
- Es besteht **die grundsätzliche Verpflichtung des Arbeitgeber zur Mitwirkung** an der Ermöglichung einer stufenweisen Wiedereingliederung aus der Fürsorgepflicht heraus.

Leistungen bei Krankheit - Wiedereingliederung

- Konstitutiv für dieses **Wiedereingliederungsverhältnis** als Rechtsverhältnis (§ 241 BGB, ein „aliud“ gegenüber dem Arbeitsverhältnis) ist eine **Vereinbarung** über die stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit zwischen Arbeitgeber und dem arbeitsunfähigem Arbeitnehmer. Entsprechend der Orientierung an therapeutischen Zwecken wird keine Arbeitspflicht begründet. Gegenstand ist eine der beruflichen Reha dienende Tätigkeit, die auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit hin ausgerichtet ist. Die weiteren Inhalte sind vielfältig gestaltbar. Vorbehaltlich einer besonderen Regelung folgt ein Anspruch auf Vergütung weder aus § 612 BGB oder § 812 BGB.
- **Beginn** und **Ende** der Sonderbeziehung im Wiedereingliederungsverhältnis richten sich nach der Vereinbarung unter Berücksichtigung der ärztlichen Feststellungen. Dem Freiwilligkeitsvorbehalt folgend ist die Lösung bzw. der Abbruch **durch einseitige Erklärung** des arbeitsunfähigen Versicherten möglich. Daher ist der Arbeitgeber nicht befugt, den Arbeitnehmer zu einer Wiedereingliederung anzuweisen. Das arbeitnehmerseitige Angebot eines Wiedereingliederungsverhältnisses reicht nicht aus, um einen Annahmeverzug des Arbeitgebers zu begründen. Der Arbeitgeber ist aber nicht verpflichtet, Teilleistungen des Arbeitnehmers entgegenzunehmen.
- Das ursprüngliche **Arbeitsverhältnis ruht** in seinen Hauptleistungspflichten, es strahlt in Form von **Nebenpflichten** jedoch in das Wiedereingliederungsverhältnis aus.
- Während der stufenweisen Wiederaufnahme der Tätigkeit besteht die *Arbeitsunfähigkeit des Versicherten weiterhin* uneingeschränkt fort und Anrechnungszeit i.S.v § 58 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI können erworben werden, ebenso besteht der Anspruch auf Zahlung des *Krankengeld*, wobei Arbeitsentgelt für (echte) Teilarbeit angerechnet wird.

Gesetzliche Krankenversicherung - Leistungserbringerrecht

Leistungserbringer:

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das **Sachleistungsprinzip**, § 2 Abs. 2 SGB V, d.h. die Krankenkasse schuldet die Leistung an sich; nur ausnahmsweise gilt das **Kostenerstattungsprinzip**, § 13 SGB V, das sich allerdings auf den Sachleistungsaufwand beschränkt.

Im Regelfall werden die Leistungen **nicht direkt von der gesetzlichen Krankenkasse** erbracht, Ausnahme z.B. beim Krankengeld, das direkt von der Krankenkasse an den Versicherten ausbezahlt wird.

Im Regelfall bedienen sich die Krankenkassen der sog. **Leistungserbringer**, der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken etc.

Die **Rechtsbeziehungen** zu den Leistungserbringern sind im wesentlichen durch die gesetzlichen Vorschriften des 4. Kapitels, die §§ 69 ff. SGB V, das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Krankenhausentgeltgesetz und durch zahlreiche Verträge.

Gesetzliche Krankenversicherung - Leistungserbringerrecht

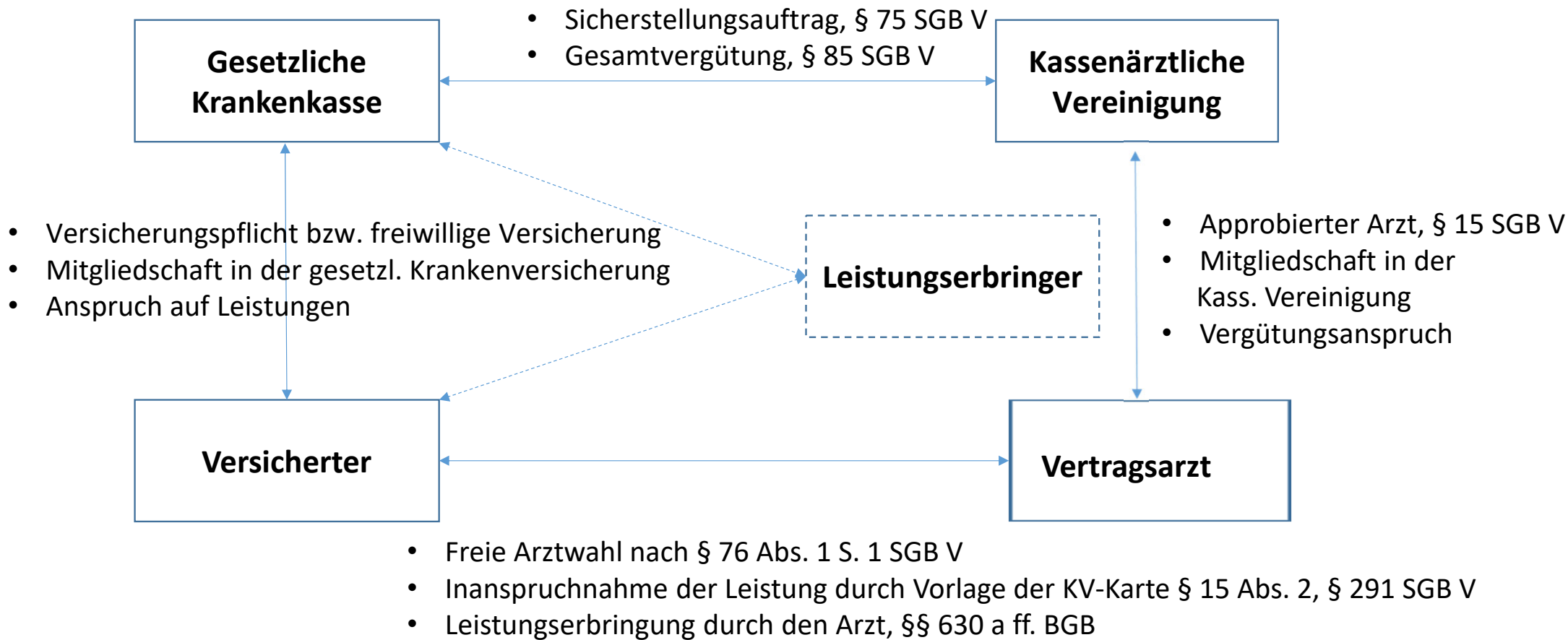
Rechtsbeziehungen:

Alle Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen, deren Verbänden und den Leistungserbringern sowie deren Verbänden sind **dem öffentlichen Recht** zuzuordnen; dies ergibt sich auch aus § 69 Abs. 1 S. 2 SGB V; nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V können allerdings die Vorschriften des BGB entsprechend angewandt werden, soweit diese mit den Vorschriften des SGB V im Einklang steht.

Unabhängig vom Leistungserbringerrecht richten sich die Ansprüche der Versicherten **immer gegen** die gesetzliche Krankenkasse.

Bei der Einordnung der **Beziehung Arzt – Patient** gibt es allerdings unterschiedliche Einordnungen in der Rechtsprechung (hierzu Kokemoor Rn 209; Eichenhofer Rn 373; Waltermann Rn 222): Da § 76 Abs. 4 SGB V auf die **Sorgfaltspflichten des BGB** verweist, kann man wohl ein **privatrechtliches oder öffentlich-rechtliches gesetzliches Schuldverhältnis** annehmen. Allerdings ist in §§ 630a ff. BGB der Behandlungsvertrag zivilrechtlich geregelt. Vertragspartner des Behandlungsvertrages ist der Träger der Arztpraxis (ggf. der einzelne Arzt) oder die Krankenhausgesellschaft. Es ist aber schon fraglich, ob überhaupt ein Vertrag vorliegt oder ob die Versicherten nicht lediglich ihre Sozialleistungsansprüche aus dem öffentlichen Recht realisieren und die Ärzte ihre Verpflichtungen aus dem Vertragsarztrecht realisieren wollen. Die freie Arztwahl der Versicherten nach § 76 Abs. 1 S. 1 SGB V könnte wiederum für eine vertragliche Beziehung sprechen.

Gesetzliche Krankenversicherung - Leistungserbringerrecht



Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungserbringerrecht: Vertragsärzte

Die **ärztliche und zahnärztliche Behandlung** darf nur von approbierten d.h. staatlich zugelassenen Ärzten vorgenommen werden, § 15 Abs. 1 SGB V.

Nach § 72 SGB V wird die **vertragsärztliche Versorgung** durch die Ärzte und die Krankenkassen wahrgenommen; den Krankenkassen gegenüber übernimmt die **Kassenärztliche Vereinigung** die Gewährleistung, § 75 Abs. 1 SGB V (Sicherstellungsauftrag).

Die Vertragsärzte sind **Zwangsmitglieder** der Kassenärztlichen Vereinigung, § 77 SGB V.

Die Kassenärztliche Vereinigung schließt Verträge mit den Krankenkassen und deren Verbänden: **Gesamtverträge, Bundesmantelverträge**, §§ 82, 83, 85, 87 SGB V.

Die vertragsärztliche Versorgung (kassenärztliche Versorgung) stellt die wesentlichen Leistungen der Krankenbehandlung sicher, § 73 Abs. 2 SGB V. Im Leistungserbringungsrecht können inzwischen auch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Ärzten direkt abgeschlossen werden (§ 73b Abs. 4; § 140a Abs. 1 SGB V)

Unter diesen Vertragsärzten kann der Versicherte frei wählen (**freie Arztwahl, § 76 Abs. 1 S. 1 SGB V**).

Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungserbringerrecht: Krankenhäuser

Die Beziehungen der gesetzlichen Krankenkassen zu den **Krankenhäusern** sind in den §§ 107 ff. SGB V geregelt. Die Krankenhausbehandlung erfolgt durch zugelassene Krankenhäuser i.S.d. § 108 SGB V. Soweit die Krankenhäuser nicht gesetzlich zugelassen sind, können sie auch durch Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen zugelassen werden, § 109 SGB V. Die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberprüfung erfolgt nach § 113 SGB V.

Die Krankenhausbehandlung werden **teilstationär, vor- und nachstationär** (§ 115a SGB V) sowie **ambulant** (§ 115b SGB V) und – soweit erforderlich – **vollstationär** erbracht, § 39 SGB V. Über die Erforderlichkeit entscheidet der aufnehmende Krankenhausarzt, die Frage richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen; die Entscheidung des Arztes ist gerichtlich voll überprüfbar. Voraussetzung für die Fälligkeit ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung mit einer ordnungsgemäßen Information über die abgerechnete Versorgung, BSG, NZS 2015, 578 ff.

Daraus folgt ein **Zahlungsanspruch** des Krankenhauses gegen die zuständige Krankenkasse aus §§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 39 Abs. 1 S. 2, 108 SGB V. Vorausgesetzt ist, dass die vollstationäre Behandlung erforderlich ist. Der Vergütungsanspruch entsteht mit der Inanspruchnahme der Krankenhausbildung durch den Versicherten; eine vorherige Kosten(übernahme)zusage durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich. Daneben besteht kein Zahlungsanspruch nach § 15 der Pflegesatzvereinbarung 2007 (BSG v. 25.10.2016 NZS 2017, S. 77):

Der Anspruch entsteht also – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist.

Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungserbringerrecht: Vergütung

Für allgemeine Krankenhausleistungen erhält das Krankenhaus von der Krankenkasse nach § 7 KHEntgG **Fallpauschalen**, die entsprechend der Diagnose festgesetzt sind (**Diagnosis related Groups, DRG**).

Auch **Leistungserbringer von Heilmitteln** wie physikalische Therapie bedürfen nach § 124 SGB V einer besonderen Zulassung. Dafür gibt es nach § 125 Abs. 1 SGB V Rahmenempfehlungen, auf deren Basis öffentlich-rechtliche Verträge abgeschlossen werden. Für die **Leistungserbringer von Hilfsmitteln** gelten die §§ 126 ff SGB V

Bei **Apotheken** sieht § 129 SGB V einen Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung vor; weitere Einzelheiten, insbesondere Rabatte, sind in den §§ 130 ff. SGB V geregelt.

Gesetzliche Krankenversicherung

Kassenwahlrechte der Versicherten:

Träger der gesetzlichen Krankversicherung sind nach § 21 Abs. 2 SGB I die gesetzlichen Krankenkassen. Die Krankenkassen sind nach § 4 SGB V, §§ 29 ff. SGB IV rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Das **Organisationsrecht** der Krankenkassen ist in §§ 143 bis 206 SGB V geregelt.

Dabei gibt es folgende Gliederung der Kassenarten nach § 4 Abs. 2 SGB V; dies sind im wesentlichen:

Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkrankenkassen.

Grundsätzlich können alle Versicherte gemäß § 173 SGB V frei zwischen den **Kassen wählen**; die Ausübung des Wahlrechts regelt § 175 SGB V; die gewählte Krankenkasse darf das Wahlrecht nicht ablehnen.

Die **Wahlrechtsausübung** bindet 12 Kalendermonate, sofern die Krankenkasse nicht vorher den Zusatzbeitrag erhöht, § 175 Abs. 4 S. 1 und S. 6 SGB V. Die Wirksamkeit der Kündigung setzt nach § 175 Abs. 4 S. 5 Hs. 2 SGB V den Nachweis einer Folgemitgliedschaft voraus; eine abschließende Klärung der rechtlichen Wirksamkeit ist nicht erforderlich (z.B. falls der neue Vertrag angefochten wird);

BSG v. 29.6.2016, NZS 2017, S. 117 ff)

Der Schutz mittelloser Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Mit der Bewilligung von Grundsicherung für Arbeitssuchende –Arbeitslosengeld II - (Erwerbsfähigkeit ist gegeben) besteht ein für die Betroffenen kostenfreier Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.
- Mit der Bewilligung von Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (§§ 41 ff SGB XII) besteht ein Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII.
- Bei einer freiwilligen Weiterversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, bei einer Krankenversicherung als Rentenantragsteller nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, § 189 SGB V und bei der gesetzlichen Fortsetzungsversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 32 Abs. 1 und 2 SGB XII vom Träger der Sozialversicherung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt bei Bedürftigkeit übernommen.
Dies gilt nach § 32 Abs. 4 SGB XII auch für die angemessenen Beiträge im Rahmen einer privaten Krankenversicherung